

КАКИЕ СИСТЕМЫ ЕСТЬ В МИРЕ

■ Система здравоохранения определяется источником финансирования. Она не зависит от наличия только частных или государственных клиник или их комбинаций. Если частные учреждения будут работать по правилам, разработанным государством в том числе и в отношении ценообразования услуг, они смогут выполнять госгарантии. Сейчас в мире уже не осталось исключительно частных, государственных и страховых систем — все они смешанные, но в разных странах сохраняется преимущество той или иной схемы.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЧАСТНАЯ

Пример — США. Львиную долю расходов на оказание медпомощи покрывает работодатель — фирма, еще часть — удерживают из зарплаты работника. Эти деньги идут на страховку. Если же человек по каким-либо причинам оказывается без работы, он может или приобрести страховку сам — ее стоимость в среднем составляет \$500/месяц для семьи из четырех человек — или ничего не покупая и оплачивать медуслуги, только когда в этом возникнет необходимость, т.е. тогда, когда уже чем-то заболел. Но в последнем случае счет лечения может пойти уже не на сотни долларов, а на тысячи. Сегодня страховка не по карману около 40 млн граждан США. Именно поэтому, по предложению президента США Барака Обамы о

реформировании американского здравоохранения 24 декабря 2009 года, сенат этой страны принял постановление о дополнительном финансировании здравоохранения — на него выделят \$871 млрд в течение 10 лет. Таким образом, система станет уже смешанной — частно-государственной. Как она будет работать, анализировать еще рано.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ГОСУДАРСТВЕННАЯ

Пример — Великобритания, Дания, Норвегия. Все медуслуги финансируются государством (Национальной службой здравоохранения). Деньги в бюджет поступают из государственных налоговых сборов. Основные виды медицинской помощи бесплатны абсолютно для всех. Но есть у преимущественно государственной системы и минусы. В той же Великобритании зарплата медиков зависит от количества выполненной работы, а не от ее качества. Поэтому последние эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Они указывают на «недостаточную заинтересованность врача в результатах своей работы» и указывают, что «в госбольницах большие очереди, приходится полдну (иногда месяцами) ждать плановой госпитализации (не срочной)». По сути, эта система в чем-то похожа на нашу. Однако принципиальная, разница

состоит в том, что финансируется выполненная работа (медицинские услуги), а не содержание сети медицинских учреждений, к тому же объем финансирования существенно выше, поэтому и штат там укомплектован, и оборудование не в пример нашему, и лекарства для больных бесплатны.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СТРАХОВАЯ

Пример — Франция, Германия, Италия и Австрия. Около 90% учреждений в этих странах финансируются из государственного страхового фонда, деньги в который поступают от обязательных страховых взносов — страховок. Обязательные взносы платят или исключительно работодатели, или работодатели совместно с работниками (удерживают из зарплаты), либо же только работники (деньги тоже высчитывают из зарплаты). Также в этих странах существует добровольное страхование — это когда сам человек страхует себя на случай получения той или иной медицинской помощи. Такая система здравоохранения, по оценкам экспертов ВОЗ, в последние годы стабильно занимает первое место в рейтинге систем здравоохранения. Хотя в условиях кризиса сбои в такой системе случались намного чаще и с большими последствиями, чем в государственной. Ведь, потеряв работу, человек может потерять и страховку.

ДМИТРИЙ ГУЦАЛО

3а время независимости Украина сменяла 15 министров здравоохранения. Каждый из них предлагал свои реформы, но об их результативности говорит то, что в 2009 году наша страна вышла на первое место в Европе по уровню естественной убыли населения. При этом нельзя сказать, что наши врачи не умеют лечить. Умеют, да еще и как! Многие иностранцы к нам приезжают на лечение, потому что у нас хорошее качество и очень умеренные (по их меркам) цены.

Но простым украинцам от этого, конечно, не легче. И когда они в очередной раз сталкиваются с тем, что в

наших больницах нет самого необходимого, что скорая помощь приезжает с задержкой на часы, что без лачи «на лапу» не решаются даже самые элементарные вещи, тогда невольно закрадывается мысль — доколе? Очевидно, что проблема не столько во врачах, сколько в системе. Учитывая важность проблемы, мы решили заинтересоваться вопросом, как поднять нашу медицину. И разбили сей вопрос на две части. Во-первых, как ее можно перестроить глобально, чтобы она эффективно защищала здоровье наших граждан. А во-вторых, что можно и нужно сделать уже прямо сейчас, чтобы серьезно исправить ситуацию по многим направлениям.

НАШИ ЭКСПЕРТЫ

ВАЛЕРИЯ ЛЕХАН, профессор, заведующая кафедрой социальной медицины, организации и управления здравоохранением Днепропетровской медакадемии.



ГЕННАДИЙ СЛАВКИЙ, доктор медицинских наук, профессор, директор Украинского института стратегических исследований МОЗ Украины.



Рецепты спасения ■ Нужно ввести обязательное страхование, запретить чиновникам лечиться за рубежом и платить врачам за качество, а не за количество

КАК ВЫЛЕЧИТЬ МЕДИЦИНУ



КОММЕНТАРИЙ

ТАТЬЯНА БАХТЕЕВА, народный депутат Украины, председатель Комитета по вопросам здравоохранения ВР Украины:



«Нужно перейти к модели бюджетно-страховой медицины. Она отвечает современным экономическим условиям. При ней должен быть обеспечен весь объем медицинской помощи не только работающим, но и отдельным категориям граждан, которые не могут быть застрахованными, например, рядовому составу военнослужащих, осужденным, наиболее социально незащищенным группам населения и т. п. Этот вопрос должен быть решен сначала за счет финансирования этих услуг по бюджетам всех уровней, а в дальнейшем — за счет страхования».

КОММЕНТАРИЙ

ГЕННАДИЙ АЛАНАСЕНКО, профессор, д.м.н., заведующий кафедрой спортивной медицины Национальной медакадемии:



«В Англии, Германии, Японии и даже в России сейчас инвестируют деньги не в больницы, а в центры здоровья. Так нужно поступать и нам. В них должны работать врачи-санологи (санология — наука о здоровом образе жизни), которые бы занимались укреплением здоровья пациентов с помощью практических занятий физкультурой, закаливанием, лекций о вреде курения, здоровом питании и психологической гармонии. Это служило бы профилактикой большинства терзающих украинцев болезней — сердечно-сосудистых, онкологических и др. Но научная специальность «санология» в Украине так и не утверждена до сих пор, поэтому процесс создания центров здоровья тормозится».

ПЕЧАЛЬНЫЕ «ДОСТИЖЕНИЯ»



- ▶ На сегодня по качеству жизни Украина занимает **98-е место** среди 111 стран, а по индексу человеческого развития 76-е из 173 стран.
- ▶ Средняя ожидаемая продолжительность жизни составляет **около 66 лет**, что ниже, чем в Германии на 11 лет, Франции — на 12, Швеции — на 13.
- ▶ Согласно демографическому отчету ООН за 2009 год, в Украине самый низкий в мире естественный прирост населения, рождаемость за 5 лет уменьшилась **на 40%**, а смертность увеличилась **на 30%**.
- ▶ По уровню смертности Украина занимает первое место в Европе. Ежечасно у нас умирает **86 человек**, а рождается только **52**.
- ▶ Заболеваемость сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями, вирусными гепатитами, ВИЧ/СПИДом, туберкулезом растет каждый год.
- ▶ В системе здравоохранения не хватает до **50%** медиков, **20%** из работающих — пенсионеры, еще **20%** — предпенсионного возраста.
- ▶ Наши врачи зарабатывают меньше американских в **70 раз**, меньше итальянских в **30 раз**, меньше белорусских и российских в 5 раз.

По данным Комитета по вопросам здравоохранения ВР Украины и МЗ Украины

КАКАЯ СХЕМА ПОДХОДИТ НАМ

■ Американская частная система здравоохранения нам не подходит, во-первых, из-за дороговизны обслуживания у частных (если даже в США 40 миллионов людей фактически остаются без надлежащей медицинской помощи, то что говорить об Украине!), а во-вторых, из-за недостаточного распространения частной медицины: если в больших городах клиник еще хватает, то на периферии — это дефицит. Что касается государственной системы здравоохранения, то при всей привлекательности поддерживая ее на том уровне, на котором она существует, скажем, в Великобритании, наше государство в ближайшие годы не сможет. За все годы независимости оно ни разу не профинансировало здравоохранение на 100%, и надеяться, что это произойдет в ближайшем

будущем, наивно. По мнению всех опрошенных «Сегодня» экспертов, на данном этапе Украине больше всего подошел бы смешанный вариант — государственно-страховая медицина, при которой работодатель обеспечивал бы в обязательном порядке за

свой счет полисом медицинского страхования своих работников, а государство бы финансировало необходимый уровень медицинского обслуживания для граждан, которые не имеют работы, а также прочих незащищенных слоев населения (пенсионеры, малообеспеченные и прочие). Для того чтобы запустить эту систему, нужно принять Закон о обязательном медицинском страховании (ОМС). К слову, в России ОМС начали постепенно вводить еще с 90-х годов прошлого века. Прошло почти два десятка лет, и за это время там мало что поменялось. Причина — в том, что кроме дополнительного финансирования, там не проводились серьезные структурные реформы. Это еще раз подтверждает, что просто вливать деньги в существующую сегодня систему неэффективно — нужно их по-новому использовать.



ЧТО МОЖНО СДЕЛАТЬ СЕЙЧАС

■ Перевод нашей системы здравоохранения на новые рельсы может затянуться на долгие годы. И тогда возникает закономерный вопрос: что можно сделать при существующем положении дел, без перепада на обязательное медицинское страхование?

1 ОБЕСПЕЧИТЬ ПРИОРИТЕТ ПЕРВИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ

Сегодня на первичную медпомощь (амбулатории общей практики и семейной медицины, в т.ч. в сельской местности) выделяется около 5—10% бюджетных денег. Основная же масса денег идет на содержание больницы (вторичная и узкоспециализированная помощь) и зарплату их сотрудников. Необходимо довести долю финансирования первичной помощи хотя бы до 20—25%. Однако одним увеличением финансирования первичной помощи проблему не решить. Необходимо наконец-то осуществить переход к организации первичной помощи по принципу общей практики/семейной медицины, когда врач, которого выбирает пациент (в рамках государственной или страховой модели), решает все простые медицинские проблемы пациента и его семьи, организует своим пациентам оказание специализированной амбулаторной и стационарной помощи и выступает защитником интересов пациента в системе здравоохранения. Финансировать первичную помощь важно и потому, что именно на этом уровне можно выявить (в том числе и с помощью профилактических осмотров) и пролечить заболевания на ранней стадии их развития. Это намного результативнее и дешевле, чем заниматься болезнями в запущенных формах, когда трудно предсказать исход и для лечения требуются десятки раз больше средств. В чем же причина, что люди не ходят на профилактические осмотры? В первую очередь — в недостатке информации, что это нужно делать и как это нужно делать. Об этом людям должны рассказывать врачи первичного звена. Они же

обязаны контролировать выполнение обследований и выявлять болезни в зародыше. Но дело в том, что именно штат врачей первичной помощи у нас недокомплектован более чем на 50%. Никто не хочет делать эту тяжелую работу за нищенские деньги, вот и бегут доктора с участков.

2 ПЕРЕЙТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА К КАЧЕСТВУ

При сегодняшней системе при оказании медпомощи учитывается количественный показатель: сколько проведено больными койко-дней, сколько сделано посещений. А не глубина ли, к примеру, платит сантехнику за посещение, а не за результат? Вот и тут так оплату медиков нужно поменять в сторону зависимости от качества оказанной медпомощи: стал ли себя лучше чувствовать больной, вылечился ли он. Это можно оценить по анализам и самочувствию пациента после лечения.

3 ВНЕДРИТЬ ДОКАЗАТЕЛЬНУЮ МЕДИЦИНУ

Сейчас мы часто обращаемся к неэффективным методам лечения и диагностики. «Нигде в мире не пользуются окселиновой мазью от гриппа, а у нас это изжившее себя средство в почете, — возмущается популярный педиатр Евгений Комаровский. — Нигде в мире не ставят банки и горчичники, а у нас — пожалуйста. Но то, что они эффективны при лечении болезней, никто не доказал». И таких примеров множество. Выход из ситуации — внедрение доказательной медицины. Это означает, что нужно тратить деньги только на проверенные методы, схемы лечения и диагностики болезней. Их алгоритмы должны быть прописаны в т.н. протоколах лечения и т.н. скрининговых программах (скрининг — общее название методов ранней диагностики болезней) для каждой болезни отдельно. С ними должны быть ознакомлены все врачи. Выполнение требований протоколов ими нужно контролировать — для этого должна быть создана дееспособная система управления и контроля качества.

4 УЖЕСТОЧИТЬ КОНТРОЛЬ ЗА КАЧЕСТВОМ ЛЕКАРСТВ

Фальшивые лекарства — бич украинской фармацевтики. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), до 20% медпрепаратов на украинском рынке — фальшивки, т.е. «просто порошок». Фальсифицируют в основном украинские лекарства наши же умельцы. Поэтому логично предположить, что медпомощь оказывается некачественной в каждом пятом случае просто из-за того, что лекарства не лечат. Хорошо, если это простуда, и больной выздоравливает собственными силами. Но в тяжелых случаях, например, при болезнях сердца, если лекарства не лечат, то больной и умереть может. Для борьбы с подделками нужно ужесточить контроль со стороны Госслужбы по контролю за качеством лекарств.

5 ЗАПРЕТИТЬ ЧИНОВНИКАМ ЛЕЧИТЬСЯ ЗА РУБЕЖОМ

«Полевые» медики предлагают рецепт, который, по их мнению, сработает на 100%. «Нужно запретить всем без исключения чиновникам выезжать за рубеж на лечение. В идеале нужно обязать их обслуживаться в государственных учреждениях по месту проживания или работы. И только когда, скажем, народный депутат Украины будет знать, что его ребенок должен родиться, к примеру, в областном Кировоградском роддоме, вся система здравоохранения быстро самонастроится: можно быть уверенным, что этот роддом будет оборудован по последнему слову техники — убежден киевский хирург Александр Синельников. — Свежий пример: в 2009 году в одном из киевских роддомов родила дочь президента Виталина Ющенко. Новорожденному ребенку понадобилась современная аппаратура для выхаживания. Нужна она была и многим малышам до этого, но в этом случае она была завезена буквально на следующий день».

БЕРИТЕ ЗДОРОВЬЕ В СВОИ РУКИ

■ Реформы реформами, но кое-что нужно поменять и каждому из нас в отношении к собственному здоровью. Ведь очень часто в своих болезнях виноваты мы сами: обращаемся к врачам, когда «поздно пить боржом». А ведь для того, чтобы не доводить дело до смертельно опасных диагнозов, таких как рак IV стадии, инсульт и т. п., достаточно делать профилактические обследования. Они выявят начальные нарушения, которые гораздо легче вылечить, чем запущенные заболевания.

В 20—29 ЛЕТ

- ▶ **Раз в год:** Исследование щитовидной железы
- ▶ Женщинам — осмотр гинеколога с цитологическим исследованием (для исключения злокачественных заболеваний матки)
- ▶ Не реже 2-х раз в год: Флюорография (диагностика заболеваний легких)
- ▶ Измерение АД (выявление гипертонии)

▶ Анализ крови общий (диагностика анемии, лейкоза и др.), на сахар (выявление сахарного диабета), на липиды (диагностика атеросклероза)

Раз в 3 года:

- ▶ Осмотр дерматолога (диагностика рака кожи)
- ▶ Женщинам — пальпаторное исследование молочных желез (для исключения рака груди)

Раз в 5 лет:

- ▶ ЭКГ (диагностика нарушений ритма сердца)

В 30—39 ЛЕТ

- ▶ Все то же самое, что и до 29 лет, только женщинам нужно проходить пальпаторное исследование молочных желез раз в год.
- ▶ **В 40—49 ЛЕТ**
- ▶ То же самое, что и до 39 лет, добавляются некоторые исследования.
- ▶ **Раз в год:** Осмотр глазного дна и измерение внутриглазного давления (предупреждение глаукомы)

▶ Женщинам — исследования у гинеколога — маммография и костная денситометрия (исследование на остеопороз)

Раз в 2 года:

- ▶ Ректальное пальцевое исследование (диагностика рака прямой кишки)

Раз в 5 лет:

- ▶ Колоноскопия (диагностика рака толстой кишки)

ПОСЛЕ 50 ЛЕТ

- ▶ То же самое, что и до 49 лет.
- ▶ **Дополнительно (раз в год):** Электрокардиограмма
- ▶ Анализ кала на скрытую кровь (диагностика язвенного воспаления кишечника)
- ▶ Мужчин — осмотр уролога (диагностика рака простаты)
- ▶ **Раз в два года:** Анализ крови общий, на сахар (выявление скрытого диабета), на липиды (выявление атеросклероза) — раз в год
- ▶ Осмотр дерматолога (выявление рака кожи)