

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА И СТРАТЕГИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

К. мед. н. Д.В. КАРАМЫШЕВ

*Харьковский региональный институт Национальной академии государственного управления
при Президенте Украины*

Обсуждаются стратегические направления развития отечественной системы здравоохранения. Сделан вывод, что, учитывая преимущественно социально-экономическую обусловленность состояния здоровья населения, следует четко разграничить обязанности по охране здоровья населения между обществом и государством.

Здравоохранение представляет собой важную сферу инвестиций для обеспечения общего экономического и социального развития любого государства. Национальная система здравоохранения сталкивается с двумя очень сложными проблемами — катастрофическим недостатком ресурсов и их нерациональным использованием.

Существующие сегодня государственные обязательства в сфере здравоохранения носят декларативный характер. В Украине фактически функционирует принцип индивидуальной ответственности за покрытие затрат на медицинскую помощь. Больной человек остается один на один с болезнью и в случае серьезного заболевания вынужден нести такие затраты, которые ставят его на грань финансового краха. Зависимость уровня государственных обязательств от уровня экономического развития страны носит объективный характер, и в ближайшем будущем трудно ожидать существенного притока средств в здравоохранение со стороны государства.

Государство не в состоянии эффективно финансировать медицинскую отрасль. В последние годы многократно увеличились эксплуатационные затраты на содержание лечебно-профилактических учреждений. Это непосильное бремя для центрального и муниципального бюджетов на здравоохранение. Критический объем финансирования учреждений здравоохранения обусловил значительное истощение материально-технической базы (свыше 80% медицинского оборудования устарело и требует замены). Кроме того, наблюдается повсеместная вынужденная примитивизация технологии предоставления медицинской помощи с целью ее удешевления, особенно на госпитальном этапе. Реально существующая система здравоохранения может бесплатно предоставлять пациентам только жизненно необходимые виды медицинской помощи.

Кризис деятельности медицинских учреждений приближается к той границе, за которой следует распад всей системы. Размеры финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней не обеспечивают населения бесплатными медицинскими услугами. Вместе с тем имеющиеся финансовые и материальные ресурсы используются неэффективно, усиливаются диспропорции в предоставлении медицинской помощи. Все большее распространение приобретает тене-

вая сторона оплаты медицинских услуг. В результате растут социальная напряженность и недоверие граждан к отечественной медицине.

Больше внимания уделяется попыткам как-то перераспределить мизерные финансовые средства внутри отрасли вместо того, чтобы в первую очередь создать условия для привлечения средств в отрасль извне. Сложность проблемы заключается в том, что увеличить процент на здравоохранение в бюджете значит автоматически забрать средства из той же социальной сферы, и выбирать здесь придется между наукой, образованием и культурой. Между тем в первую очередь нужно оптимально использовать то, что есть: привлекать средства извне и добиться, чтобы они не уходили из системы, а работали на нее, включив для этого соответствующие механизмы государственного регулирования [1–3].

Нельзя допустить однобокое развитие отдельных направлений в системе здравоохранения, она должна развиваться комплексно, так, чтобы не возникали диспропорции, которые обязательно скажутся на ухудшении качественных показателей.

Семейная медицина не может служить приоритетом развития системы здравоохранения, поскольку это не доктрина, а только одно из направлений повышения эффективности здравоохранения. Доктриной могут быть инновационные преобразования системы, касающиеся всех сфер деятельности и способные поднять систему на качественно новый уровень развития.

Первоначальная идея семейной, а точнее, домашней медицины имела довольно четкую цель, прежде всего с экономической точки зрения. Считается, что чем квалифицированнее и полноценнее помощь на первом этапе, тем меньше необходимость в следующем. Это идея осуществить большую часть медицинского обслуживания на первичном этапе предоставления помощи как наиболее экономичном и доступном. На второй этап пройдут только те случаи, которые действительно требуют квалифицированной, а далее — только специализированной и высокоспециализированной помощи. Это логично, но, во-первых, не разработаны критерии оценки эффективности и достаточности первичной медицинской помощи, а во-вторых, само существование последующих этапов будет постоянно порождать

дополнительные потребности у озабоченных своим здоровьем граждан.

Трудно представить семейного врача, одинаково хорошо разбирающегося в вопросах педиатрии и гериатрии, не говоря уже о том, что подобные разделения были рождены объективной необходимостью и отмечены как мировые достижения системы здравоохранения. Нет смысла разрушать то, что приносит пользу врачу и больному, поставив во главу угла мимолетные рыночные выгоды в противовес социальным достижениям. Такая «экономия» ресурсов в условиях демократизации общества, отсутствия четких критериев выздоровления и полноценной страховой медицины, когда граждане не только имеют право, но и обладают определенными финансовыми возможностями при выборе лечащего врача, приведет к возникновению большого количества юридических проблем. Автономность и изолированность амбулаторий семейного врача противоречат эволюции системы. Для развития системы здравоохранения, как никакой другой сферы, необходимы коллективное мышление и коллегиальность, которые были присущи даже земской медицине. Обучение искусству врачевания не ограничивается студенческой скамьей, повышением квалификации и дистанционным обучением, а продолжается на протяжении многих лет благодаря коллегиальности и общей работе единомышленников. Врач не может и не должен быть изолированным. Это рано или поздно приведет к профессиональной несостоятельности, которая отразится на качестве медпомощи [4].

В последнее время для доказательства приоритетности первичного звена в медико-санитарной помощи приводится канадская модель, названная моделью построения пирамид [5, 6]. Суть ее заключается в том, что из каждой тысячи жителей в продолжение месяца у 750 возникают те или иные проблемы со здоровьем, из них 250 человек имеют потребность в консультации врача первичного звена, среди них 15 необходима консультация специалиста или госпитализация и лишь одному — предоставление помощи в высокоспециализированном центре.

Отсюда следует, что потребность в первичной помощи наиболее велика, в специализированной она меньше, а в высокоспециализированной — еще меньше, что должно фиксироваться в соответствующей структуре потребления медицинских услуг. На самом деле, если подойти объективно, то оказывается, что из каждой тысячи жителей ежемесячно 250 человек, т.е. каждый четвертый, не имеют потребности в консультации врача первичного звена, а, скорее, имеют потребность в добром слове и дифференцировании возможных этапов медицинской помощи. Фактически помощь на первом этапе чаще всего ограничивается диспетчерскими функциями, которые характеризуются низкими затратами и высокой проходимостью за единицу времени. А те 16 реальных больных из 1000 населения, которым действительно нужна квалифицированная медицинская помощь, составляют на город с 1 млн населения 16 тыс. человек. Цифра значительная, так как это именно те больные, которые в силу несовершенства системы здравоохранения каждый день умирают от сердечно-

сосудистых, онкологических, инфекционных и других заболеваний.

Нельзя забывать о катастрофическом состоянии материально-технической базы отрасли, т.е. того, на чем строится любая эффективная система. Вот почему так важны, прежде всего, качественные системные преобразования, а не обобщение квалифицированной медицинской помощи, которое непременно приведет к деградации системы здравоохранения. Ухудшение условий жизни преобладающей массы населения, вызванное социально-экономическими факторами, в совокупности со снижением финансирования здравоохранения и неэффективным использованием имеющихся в отрасли ресурсов привело к увеличению смертности практически во всех возрастных группах. По естественному уменьшению количества населения Украина на рубеже третьего тысячелетия занимала печальное первое место в Европейском регионе. Как подчеркивается в докладе Европейского бюро ВОЗ, в условиях мирного времени прецедентов в изменениях такого масштаба просто не существует [6, 7].

Для предоставления эффективной медицинской помощи необходима коренная организационная перестройка сети, схем финансирования, хозяйственного механизма и технологических связей в системе. Здравоохранение — высокотехнологическая, наукоемкая и ресурсоемкая отрасль, которая по своему характеру и специфике предполагает наличие централизованных подходов и государственного регулирования размещения ресурсов и обеспечения их доступности для каждого жителя государства [8]. Вот почему необходимо создать и сформировать единое нормативно-правовое пространство с консолидацией сил и средств, при соблюдении принципов их целевого назначения, территориальной доступности и социальной справедливости. Это будет способствовать интеграции Украины в Европейское сообщество.

Итак, стратегические направления развития отечественной системы здравоохранения состоят в постепенном осуществлении последовательных шагов и могут быть представлены следующим образом:

1. Объективизация обязательств государства в сфере обеспечения населения бесплатной медицинской помощью путем определения объема гарантированных государственных обязательств и медицинской помощи, которая обеспечивается за счет других источников финансирования.

2. Переход к системе здравоохранения, направленной на улучшение качественных показателей медицинской помощи. Внедрение многоуровневой интегрированной системы финансирования медицинских учреждений в противовес постатейному бюджетному финансированию. Предоставление налоговых льгот на инвестиции в здравоохранение. Создание условий для расширения инвестиций населения, работников и работодателей в формирование общественного здоровья.

3. Формирование многоканальной и многоуровневой системы финансирования медицинской помощи с разделением всей системы медицинской помощи на три сектора — государственный, общественно-солидарный и частный. Многоканальность финанси-

рования здравоохранения должна строиться по трехуровневому принципу предоставления лечебно-профилактической помощи: первый уровень — базовый, жизнеобеспечивающий (за счет бюджетных средств); второй — основной, здоровьесобещающий (за счет обязательного медицинского страхования); третий — сервисный (за счет добровольных взносов в соответствии с программами медицинского страхования).

4. Принятие и введение в действие Закона «О финансировании охраны здоровья и медицинском страховании». Внедрение полноценной системы обязательного государственного медицинского страхования. Введение обязательных личных платежей работающих граждан на социальное медицинское страхование с соответствующим уменьшением ставки подоходного налога, а также привлечение средств Пенсионного фонда и Фонда безработицы для социального медицинского страхования пенсионеров и безработных.

5. Координация деятельности всех звеньев системы управления здравоохранением. Внедрение единого пространства медицинского обслуживания населения на территориальном уровне путем объединения всех элементов системы, обеспечивающей нужды населения в получении медицинских услуг. Создание территориальными органами власти условий для формирования общественно-солидарного сектора здравоохранения на уровне местного самоуправления и территориальных общин, функционирование единого механизма системы целевых медицинских фондов с обеспечением контроля за их деятельностью.

6. Реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений и изменения организационно-правового статуса лечебных учреждений. Сокращение чрезмерного количества лечебно-профилактических учреждений и переориентация их на нужды населения. Внедрение новой системы хозяйствования в лечебно-профилактических учреждениях путем создания коммунальных некоммерческих предприятий здравоохранения, подчиненных отделам здравоохранения районных государственных администраций для обеспечения финансирования из районного бюджета. Формирование регулируемого рынка медицинских услуг, содействие деятельности учреждений здравоохранения всех форм собственности, создание условий для удовлетворения нужд населения в медицинских услугах.

7. Проведение научных исследований и технологических разработок с целью улучшения качества предоставляемых медицинских услуг и производства лечебных средств. Обеспечение поддержки фундаментальных и прикладных научных исследований в области здравоохранения, повышение требований к подготовке научных кадров, рациональное использование научно-информационных ресурсов. Создание общих научно-производственных предприятий с привлечением иностранных инвестиций, в основе работы которых будут лежать экономические механизмы хозяйствования, для решения социальных вопросов здравоохранения. Развитие программ поддержки стратегически важных и перспективных инноваци-

онных проектов в здравоохранении, которые смогут содействовать переходу системы здравоохранения на качественно новый уровень развития. Активизация работы, направленной на обеспечение развития международного научно-технического сотрудничества, способствующего повышению авторитета отечественной медицинской науки и ее интеграции в мировое сообщество.

8. Улучшение качественной стороны функционирования системы путем модернизации материально-технической базы отрасли. Разработка новых технологий и стандартов обеспечения лечебно-профилактических учреждений медицинским оборудованием, лечебными средствами и изделиями медицинского назначения. Оптимизация соотношения переменных факторов медицинской помощи в направлении роста затрат на медицинское оборудование и медикаментозное обеспечение населения. Пересмотр системы мотивации работы медицинских работников в направлении индивидуальной ответственности за качество медицинских услуг.

9. Создание эффективных механизмов государственного регулирования качества медицинской помощи путем системной перестройки отрасли, формирование единого нормативно-правового пространства и информационно-методологической доктрины развития здравоохранения в соответствии с законодательством и стандартами Евросоюза. Осуществление перехода к доминирующим принципам доказательной медицины, внедрение формулярной системы как качественно новых подходов к решению проблемы рационального использования лекарств. Эти принципы должны стать элементами государственной политики обеспечения населения лекарственными средствами. Внедрение новой системы государственных социальных стандартов и нормативов в систему здравоохранения с целью перехода от декларативных к реально существующим государственным социальным гарантиям.

10. Пересмотр межуровневой деформированности предоставления медицинской помощи. Недопущение задержки развития высокоспециализированной медицинской помощи за счет развития первичной медико-санитарной помощи, что может нарушить целостность системы и привести к диспропорциям, ухудшающим качественные показатели.

11. Осуществление действий, направленных на создание единого информационного поля здравоохранения в рамках Концепции государственной политики информатизации здравоохранения Украины. Переход к общепринятым в международной практике методам сбора, обработки, анализа и распространения научно-медицинской и медико-статистической информации.

12. Приведение национального законодательства в области здравоохранения в соответствие с законодательством Европейского Союза, путем эволюционного перехода к новым формам и методам осуществления государственной политики в здравоохранении с учетом требований к вхождению Украины в международное сообщество по вопросам здоровья и защиты прав человека. Активное привлечение про-

фессиональных отраслевых ассоциаций, общественных организаций, социальных фондов и других институтов к проблемам государственного управления системой здравоохранения. Создание действенной системы социальной защиты медицинских работников и пациентов. Обеспечение высокого приоритета здоровья в системе социальных ценностей общества. Содействие повышению внимания людей к собственному здоровью.

13. Законодательное утверждение Концепции структурной перестройки и инновационного развития медицинской отрасли в Украине. Внедрение социально ориентированной структурно-инновационной модели развития системы здравоохранения. Государственная поддержка инновационной деятельности в системе здравоохранения за счет централизованных государственных финансовых ресурсов через систему общегосударственных, отраслевых и региональных инновационных фондов.

14. Разработка и утверждение Концепции стратегического планирования системы здравоохранения. Использование стратегического планирования в процессе инновационных преобразований позволит системе здравоохранения развиваться как социально ориентированной отрасли в соответствии с экономическими законами, включая эффективный маркетинг, планирование, научные исследования, разработку

технологий, проектирование, производство, апробацию, сбыт и сервисные услуги, путем внутрикорпоративной и межзональной интеграции с учетом региональной специфики.

Очевидно, что усилий только самой системы здравоохранения недостаточно для решения проблем здоровья населения. Учитывая преимущественно социально-экономическую обусловленность состояния здоровья населения, следует четко разграничить обязанности по охране здоровья населения между обществом и государством.

Необходимо, чтобы граждане были в первую очередь заинтересованы в поддержке, укреплении и сохранении здоровья. Нельзя во всем надеяться на государство, полагаться на врача и быть уверенным, что прием лекарств, пусть даже самых эффективных, может противостоять любым болезням. Главный смысл заключается в понимании того, что каждый отдельный гражданин может и должен уделять внимание своему здоровью и оказывать содействие формированию здорового окружения, социальной ответственности перед обществом.

Когда придет понимание и осознание этого, придет и понимание целесообразности социально ориентированной системы здравоохранения — системы, которая должна развиваться в направлении инновационных преобразований.

Л и т е р а т у р а

1. Педченко Т. Соціально-економічні умови запровадження в Україні загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування // Вісн. УАДУ.— 2003.— № 2.— С. 393–397.
2. Карамышев Д.В., Немченко А.С. Майбутнє вітчизняної системи фінансування охорони здоров'я. Законодавчі аспекти // Медицина сьогодні і завтра.— 2003.— № 3.— С. 49–53.
3. Карамышев Д.В., Волос Б.О., Юрков О.М. Передумови введення обов'язкового медичного страхування в Україні // Зб. наук. праць УАДУ.— Х.: Вид-во УАДУ, 2001.— Вип. 1, ч.1.— С. 33–34.
4. Карамышев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти).—Х.: Магістр, 2004.— 304 с.
5. Підаєв А.В. Діяльність системи охорони здоров'я України в контексті стратегії економічного та соціального розвитку держави на 2002–2011 роки // Матер. підсумкової колегії.— К., 2003.— 82 с.
6. Журавель В.И. Возможные пути реорганизации системы здравоохранения Украины // Актуальні питання подальшого впровадження сімейної медицини в Україні: Матер. навч.-практ. семінару-наради.— К.: МОЗ України, 2004.— С. 14–17.
7. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Введение: Пер. с англ. // Библиотечный каталог опубликованных данных ВОЗ (Европейская серия по достижению здоровья для всех).— Копенгаген, 1998.— 544 с.
8. Комплексная оценка реализации программы государственных гарантий в Российской Федерации / Г.М. Вялкова, Р.А. Халфин, В.О. Флек, Н.А. Кравченко // Пробл. упр. здравоохранением.— 2002.— № 4 (5).— С. 11–17.

Поступила 28.03.2005

PUBLIC POLICY AND STRATEGY OF INNOVATIVE TRANSFORMATIONS OF PUBLIC HEALTH SYSTEM IN UKRAINE

D.V. Karamyshev

S u m m a r y

Strategic directions of development of the national system of public health are discussed. The author concludes that taking into account social and economic condition of the population health, it is necessary to differentiate the duties on public health between the society and the state.