Обсуждение проекта концепции развития здравоохранения до 2020 года

Ромб: М.Л.Свещинский, доктор медицинских наук

Представленный для общественного обсуждения проект Концепции развития здравоохранения до 2020 года вызвал противоречивые чувства. С одной стороны – исчерпывающая сравнительная характеристика состояния отечественного здравоохранения, с другой – внесенные в концепцию справочные материалы с описанием систем медицинского страхования и финансирования медицинской помощи в США, Франции, Испании, Германии (?). С одной стороны четкость, последовательность изложения и логика в предлагаемой последовательности действий в одних разделах и неопределенность и противоречивость - в других. Есть впечатление, что после сделанной титанической работы по написанию отдельных разделов не нашлось никого, кто свежим взглядом просмотрел бы весь документ и гармонизировал его в содержательном и стилистическом отношении.

В Разделе 1 четко определены основные проблемы и болевые точки отечественного здравоохранения. В то же время некоторые положения должны быть деполитизированы. Трудно согласится, что за полтора-два года произошли изменения в демографии, которые могут быть охарактеризованы следующим образом : «Реализация мероприятий, заложенных в национальном проекте «Здоровье» в 2006–2007 гг., позволила заметно улучшить основные демографические показатели в стране “[1].

На стр 61, в качестве одной из целей запланировано “…повышение удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи до 65%». Представляется уместным разделить эти категории и определить целевые показатели для каждой из них. Кроме этого, необходимо конкретизировать, идет ли речь о доступности первичной помощи или других ее видах.

В тексте документа неоднократно используется неопределенное понятие “международные стандарты”. Так, на стр 68, в разделе 2.2 предполагается «Привести государственную систему контроля качества медицинской помощи к международным стандартам …”.

Остается без достаточного разъяснения планируемых механизмов и еще одна важнейшая управленческая задача – повышение эффективности использования государственных средств (стр.68). При этом неопределенности формулировки добавляет намерение “...использовать рыночные механизмы управления”.

---

[1] – стр 58

Не ясными остаются и планы относительно тарифной политики на медицинские услуги. Неоднократно в документе говорится о дифференцировании тарифов, в том числе и по критерию возможности исполнения стандартов. Такой способ управления тарифами известен, однако его применение ставит под угрозу сам принцип стандартизации (табл.6, стр.82).

Считаю необходимым отметить неопределенность концепции в отношении к перспективам организации платных услуг в государственных ЛПУ. Представляется, что эта проблема имеет решение либо в случае разработки детального (не концептуального) регламента, либо полного запрета этого вида деятельности. В состоянии, когда ПГГ не определяет круга включенных в нее услуг, формирование перечня разрешенных платных услуг становится затруднительным, а контроль над нелегитимными платежами – субъективным. Представляются неудачными формулировки задач раздела 2.5 (стр.102). Повышение качества и доступности медицинской помощи больным, страдающим заболеваниями сердечно-сосудистой системы и онкозаболеваниями - задачи крайне важные, но вероятнее всего они реализуются не вообще, а либо применительно к какой-то группе больных (ОНМК, ОИМ, рак молочной железы и т.д.) либо за счет развития новых технологий, улучшающих исходы (доступные массовые методы современного лечения, диагностики, скрининга).

На этой же странице в качестве цели заявлено намерение к 2012 г. довести материально-техническое обеспечение учреждений здравоохранения до уровня установленного стандарта до 80%, к 2020 г. — до 100%. Если говорить простым языком, заявляется стандарт, который выполнять не обязательно?

Наибольшее внимание, в силу профессиональных и научных интересов, вызвал раздел 2.5.

В параграфе 2.5.2 речь идет о программе выравнивания материально-технического оснащения. Здесь предлагается, используя некие стандарты оснащения ЛПУ, обеспечить эти учреждения необходимым оборудованием. Смею усомниться в реальности намерений – никто не оценивал состояние обеспеченности в цифрах, а следовательно, никто не может сказать, о каких затратах идет речь. С другой стороны, у нас нет по настоящему типовых больниц, а значит не может быть универсальных табелей оснащения. Попытка перенести армейский принцип оснащения встретится с заметно различающейся структурой учреждения, а кроме того, структурой применяемых методов лечения.

Чрезвычайно скудно описаны мероприятия по повышению эффективности организации и управлению отдельными видами медицинской помощи. Содержащееся в разделе “ Первичная медико-санитарная помощь» предложение

увеличить ее объемы, в том числе и за счет перепрофилирования стационаров , представляется малореальным , а намерение оказывать медицинскую помощь детям в ЛПУ, имеющим квалифицированных

педиатров(?) либо грубой ошибкой, либо недоступной пониманию новацией. Из текста следует, что ОВП будут создаваться в сельской местности (стр.105). Означает ли это, что для городского населения поликлиника остается единственной формой предоставления первичной медицинской помощи? Лишено конкретики и намерение усилить функции “привратника” для участкового врача и врача общей практики. Английское “gatekeeper “ действительно при прямом переводе имеет и такое значение, но в данном случае было бы лучше, чтобы врачи, выполняющую тяжелую и ответственную работу не получили бы ничем не заслуженного сословно-профессионального обидного прозвища, тем более, что смысл задач привратника в тексте не раскрывается.

Излишне оригинальным представляется и положение, касающееся специализированной медицинской помощи: “…оптимизировать оказание специализированной медицинской помощи, требующей высоких квалификационных навыков (сосудистая хирургия, эндоскопическая хирургия, нейрохирургия и пр.) путем создания на базе специализированных отделений выездных бригад, обслуживающих несколько ЛПУ города или области.» Такой путь, как госпитализация пациента в отделение соответствующего профиля и оснащенности до сих пор находит свое повсеместное применение.

В разделе «Специализированная медицинская помощь» зафиксирован ориентир на создание крупных диагностических центров. По нашему мнению, совсем не обязательно создавать их, как предложено в документе, на базе и в составе действующих учреждений, тем более, что клинический статус последних совсем не обязателен. Создаваемые центры вполне могут быть и самостоятельными. С другой стороны, поскольку деятельность диагностических центров в значительной мере направлена на поддержку учреждений амбулаторно-поликлинического звена, целесообразно отразить это в тексте. В то же время, нельзя пренебрегать возможностью организации системы межбольничной диагностической помощи, особенно в отношении таких исследований как томография, ангиография, сцинтиграфия и т.д. В документе должен найти отражение и опыт диагностических центров страны по созданию региональных систем централизованной диагностики. Более того, выбор в пользу централизации в большинстве стран сделан много лет тому назад, а в нашей стране и по прошествии 20 лет вопрос остался на стадии его постановки.

Для документа такого масштаба и предназначения недопустимы неточности изложения. Когда в том же разделе говорится о единых лабораторных центрах можно догадаться, что речь идет о централизованных лабораториях и намерение развивать такую форму эффективной организации можно только приветствовать. Но когда в следующем абзаце предлагается «... лаборатории ЛПУ оснастить автоматическими диагностическими системами» неопределенность заявления заставляет усомнится в его реалистичности только лишь из-за его неуместного и непрофессионального применения.

В принципиальное противоречие с другими предложениями Концепции

(стандартизация медицинской помощи, унификация тарифов) вступает и положение этого раздела о необходимости увязать тарифы на медицинскую помощь с кадровыми, техническими и технологическими возможностями ЛПУ.

Склонен думать, что при обсуждении документа будет дополнен раздел о качестве и доступности медицинской помощи сельским жителям, в котором явно не хватает конкретики даже в намерениях.

В рамках развития целевых долгосрочных программ в здравоохранении (табл.9, стр.108) в 2008-2009 годах предполагается разработка перечня мероприятий по улучшению отдельных видов медицинской помощи и комплекта руководящих документов по реализации этих мероприятий. Вполне уместно в рамках этих документов разработать и документы о развитии диагностической службы в стране.

Ромб: Главный врач Государственного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр» В.Г. Колоколов

Многолетний опыт функционирования диагностических центров России, который был начат и продолжает проходить в условиях непрерывно меняющейся экономической ситуации в стране и реформирования системы здравоохранения доказывает правильность принятого решения по их созданию.

Наличие подобных медицинских учреждений в регионах позволило сформировать рекомендованную ВОЗ 3-х уровневую систему диагностики, значительно повысить методический уровень диагностического процесса и его качество в регионах, где получили достаточное развитие консультативно-диагностические центры, обеспечить население высокотехнологичной доступной диагностической и медицинской помощью.

В настоящий момент диагностические центры выполняют большую часть диагностических исследований третьего и второго – экспертных уровней.

В связи с разработкой Концепции развития здравоохранения Российской Федерации участие диагностических центров в национальном проекте «Здоровье» является одним из важных факторов, связанных с обеспечением качества и доступности амбулаторно-поликлинической помощи и дает возможность своевременного доступа населения к диагностическим ресурсам.

Однако на наш взгляд в представленном проекте Концепции не достаточно освещены вопросы развития диагностических центров в структуре современного здравоохранения.

На современном этапе реформирования, наряду с проблемами обеспечения качественной медицинской помощи на амбулаторно-

поликлиническом уровне обозначился круг проблем, непосредственно связанных с обеспечением высокоинформативной диагностической помощи населению. К ним можно отнести, прежде всего, дефицит современных диагностических ресурсов.

Диагностические центры на сегодняшний день являются связующим звеном между амбулаторно-поликлиническим звеном и профильными центрами высокотехнологичной помощи; так как накопили достаточный опыт организационно-методической и экспертной работы в регионах по выявлению и курации пациентов с хроническими заболеваниями имеющими социальную значимость для развития РФ.

В связи с этим, считаем необходимым включение диагностических центров в стратегический план развития отрасли, как учреждений оказывающих высокотехнологичную диагностическую и медицинскую помощь, имеющих высокий организационный и научно-профессиональный потенциал и одними из первых в стране внедривших в свою работу систему контроля качества оказываемых услуг.

Дополнительные диспансерные осмотры работающего населения, проводимые в рамках приоритетного национального проекта в здравоохранении, позволили выявить сотни тысяч пациентов, страдающих повышенным кровяным давлением, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями, туберкулезом и т.д..

Поэтому целесообразно включение диагностических центров в целевые программы по снижению смертности от заболеваний системы кровообращения (в частности, от инсультов и инфарктов), онкологических заболеваний и внешних причин, а также программ, направленные на улучшение здоровья работающего населения и здоровья женщин детородного возраста.

В настоящее время, в работе диагностических центров, наметилось снижение в структуре оказываемых услуг методик первого уровня и увеличение выполняемых высокотехнологичных методик 2 и 3-его экспертных уровней.

В тоже время при реформировании стационаров и увеличения амбулаторно-поликлинической службы, считаем, что рутинные методы исследования должны быть сохранены в полном объеме, удовлетворяющем потребности населения на соответствующем этапе оказания лечебно-профилактической помощи, в связи с высоким качеством выполняемых услуг в диагностических центрах наличием высокотехнологичного сертифицированного оборудования и специалистов высокой квалификации.

Одним из ключевых моментов предлагаемой схемы является рациональная централизация клинико-диагностических, бактериологических и патоморфологических исследований.

Структура диагностической службы в регионах должна быть выстроена с учетом сохранения объемов диагностических исследований и лечебных манипуляций на всех этапах соответственно уровню и типу учреждения.

Способом решения этого вопроса является как модернизация существующих диагностических центров, так и создание межрайонных диагностических центров (на территориях имеющих большую протяженность) и внедрение высокотехнологичных передвижных диагностических модулей.

На сегодняшний день, диагностическое и лечебное оборудование диагностических центров, в отличие от многих ЛПУ амбулаторно-поликлинического звена уровня, используется около 12 часов в сутки, при наличии соответствующего штатного расписания.

В связи с этим назрел пересмотр нормативов планирования оказания медицинской и диагностической помощи, а также нормативов труда медицинского персонала, с разграничением на уровне первичного звена и уровне оказания высокотехнологичной помощи (центры высокотехнологической помощи и диагностические центры).

При разработке тарифов (которые должны включать как собственно оказание медицинской помощи, так и расходы на текущее содержание ЛПУ, повышение квалификации кадров и страхование профессиональной ответственности медицинских работников) дифференцировать их в соответствии с уровнем ЛПУ и стандартами медицинской помощи.

Инвестиционные расходы (закупка дорогостоящего оборудования для обеспечения стандарта оснащения и капитальной ремонт) необходимо предусмотреть, в виде отдельной программы, финансируемой совместно из централизованного бюджета здравоохранения и бюджетов субъектов РФ в зависимости от исходного состояния их материально-технической базы, а также потребностей регионов, на основе прогнозируемого анализа состояния здоровья населения региона.

В настоящий момент законодательная база в сфере охраны здоровья населения требует изменений. Целесообразно привлечение специалистов Диагностической Медицинской Ассоциации (ДиаМА), совместно с другими общественными медицинскими организациями, в формировании единой сбалансированной системы законодательного нормативно-правового обеспечения реализации концепции, в разработке стандартов оказания высокотехнологичной диагностической помощи, а также стандартов нормативов нагрузки дорогостоящего оборудования, работающего в ЛПУ различного типа, и следовательно выполняющего различные задачи и функции.

Все это предопределяет необходимость участия реформирования диагностической службы России в контексте общей концепции реформы здравоохранения. Основная цель - построение современной, доступной, клинически и экономически обоснованной системы диагностики на амбулаторном этапе ориентированной на повышение качества, и в конечном счете экономической эффективности медицинской и диагностической помощи.

Решение задач данного уровня должно быть в ведении уже существующих региональных диагностических центров.

Ромб: Администрация ГУЗ "Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр"

Мы предлагаем несколько изменить формулировку 2 абзаца в предлагаемом варианте «Концепции…», раздела «специализированная медицинская помощь». Нам представляется, что необходимо более четко определить роль регионального диагностического центра, как самостоятельного крупного лечебно-профилактического учреждения, в системе регионального здравоохранения.

«Оптимизация деятельности диагностических служб в регионах, путем создания крупных региональных диагностических центров, и наделения их функциями организационно-методического руководства деятельностью муниципальных лечебно-профилактических учреждений амбулаторного типа.

Централизация ряда лабораторных и инструментальных исследований, выполнение которых в муниципальных ЛПУ недостаточно оправдано из-за высокой себестоимости, в региональных диагностических центрах.

Включен вновь создаваемых и существующих региональных диагностических центров в приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения, в том числе в план обеспечения медицинской техникой, как учреждений здравоохранения, которые могут взять на себя функции проведения дополнительного обследования граждан, отнесенных по результатам дополнительной диспансеризации к 3, 4 группам состояния здоровья».