

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КАТАЛОНІЇ —

РЕЗУЛЬТАТ РОЗУМНОГО РЕФОРМУВАННЯ

Каталонська система охорони здоров'я визнана ВООЗ однією з найефективніших у світі. Столиця Каталонії — Барселона — збирає найбільшу кількість лікарів на міжнародні конгреси. Згідно з основними рейтингами, які оцінюють показники якості, каталонська система охорони здоров'я входить до п'ятірки лідерів, поступаючись іноді лише японській та швейцарській.



Ольга СОЛОВЙОВА, операційний директор Barcelona Medical Agency

Консалтинг каталонських експертів у галузі побудови ефективної системи охорони здоров'я високо цінується міжнародними організаціями. Наприклад, за досвідом організації служби трансплантації сюди приїжджають із провідних країн світу. Те ж саме стосується й консалтингу в галузі державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я або в питаннях покращення індикаторів ефективності системи. Про те, як невеликій автономії в умовах кризи вдалося вийти в лідери, «ВЗ» розповіла операційний директор Barcelona Medical Agency Ольга Соловйова.

ВЗ Чому ми говоримо не про іспанську систему охорони здоров'я, а про каталонську?

— Це в жодному разі не в силу політичних причин, а через те, що саме Барселона є визнаною медичною столицею Іспанії. Каталонія ж — це автономія (слід зазначити, що всі повноваження в галузі охорони здоров'я в Іспанії передані автономіям, і вони самі визначають бюджет на охорону здоров'я і взагалі самостійно вирішують всі питання за винятком епідеміології та апробації нових ліків). І каталонська модель дещо відрізняється від моделей охорони здоров'я інших областей Іспанії: саме тут найкращі результати в галузі охорони здоров'я.

ВЗ Тоді давайте з них і почнемо — на конкретних прикладах буде простіше обговорювати шляхи їх досягнення.

— Ось найзначущі результати: наприклад, у Каталонії добре народжувати: тут найнижча дитяча смертність у Європі — 2,63 на 1000 новонароджених, і друга у світі після Сінгапуру. У Каталонії добре старіти: тривалість життя у чоловіків тут 79 років, а в жінок — 85. І це не тільки наслідок середземноморської дієти або оптимістичного погляду на життя. Є показники, в яких ми завжди в абсолютних лідерах: наприклад, смертність при Тетрадї Фалло або радіочастотній абляції серця — 0%. Поки такої майстерності не досяг ніхто у світі! Систему також характеризує висока ефективність: середня тривалість госпіталізації — 3,5 дні, а загальна кількість госпіталізацій — 128 на 1000 жителів, тоді як, наприклад, у сусідній Франції — 260. Більш того, близько 47% всіх операційних втручань проводиться амбулаторно! Наступна перевага системи — доступність, оскільки абсолютно всі медичні процедури (навіть зі зміни статі), за винятком стоматології та естетичної медицини, повністю оплачує держава. Доплата з боку пацієнта виключена! Це унікальний для Європи досвід.

Держава повністю покриває витрати на ліки пенсіонерам, інвалідам, людям, які отримали травму на виробництві, та дає величезні пільги на придбання медикаментів держслужбовцям і деяким іншим категоріям громадян. Недарма задоволеність системою охорони здоров'я з боку населення найвища: 8,5 за десятибальною шкалою, а «вірність» (тобто показник того, чи обрав/рекомендував би близьким пацієнт той самий центр) — 92%. І, нарешті, каталонську систему охорони здоров'я характеризує відмінне, навіть зразкове співвідношення «витрати-результат». Автономія витрачає всього 1050 євро на душу населення, тоді як Франція — майже 2000, хоча всі показники результативності у Франції на порядок нижчі...

Усі ці результати знаходяться в публічному доступі. Каталонія — одна з небагатьох країн або областей у світі, яка щороку публікує офіційні дані щодо ефективності та якості наданих

медичних послуг усіх без винятку державних лікарень і всіх приватних центрів, які входять до так званої мережі державного користування. Оцінка результатів відбувається за 60 показниками. До речі, крім Каталонії так щорічно вправляються в «прозорості» всього три країни: Велика Британія, Канада і Австралія.

ВЗ І як же вдалося цього досягти? Причому за дуже короткий час...

— На початку 1980-х років каталонська система охорони здоров'я перебувала на середньостатистичному європейському рівні й була відома насамперед своєю потужною «медичною школою» та кількома приватними центрами: зокрема — Fundació Puigvert і Barraquer. Державна система мала величезні дефекти, і про доступність найвищого рівня медичної допомоги для всього населення говорити не доводилося. Однак реформа, яку здійснили в ті роки — у непротій економічній ситуації, — стала зразковою.

Ця амбітна модель належить до так званої системи Беверіджа, за якої фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок податків із держбюджету і дає універсальне покриття для всього населення з доплатою з боку певних категорій громадян лише за ліки, що купуються в аптеці, стоматологічні послуги та естетичну медицину. Саме цю модель обрали Велика Британія, Швеція, Норвегія. Найважливішим аспектом реформи іспанської системи охорони здоров'я стала децентралізація регіонів — усі повноваження (у тому числі й щодо бюджету, планування та управління медичними службами) передані автономіям. Зокрема, Каталонії (з 7,5 млн жителів на 32 тис. км²) — першій з усіх областей — 1981 року була надана повна компетенція в галузі охорони здоров'я.

ВЗ Розкажіть про реформи докладніше...

— Першим етапом реформування системи охорони здоров'я в Каталонії (1981-1984) стало планування норм акредитації та авторизації (насамперед були сформовані обов'язкові вимоги до структури та персона-

лу), складання так званої санітарної карти Каталонії і структурування медичних установ за рівнями складності й тарифами. Про це далі розповім докладніше. На другому етапі (1985-1990) — реструктуризації та управління ресурсами — відбулося створення державної системи управління та органу планування, подальший розвиток санітарної карти, використання нових формул управління та нових інструментів закупівлі (угод, тарифів, реєстрів і баз даних) та створення медичних центрів державної системи користування (державно-приватне партнерство). На третьому етапі відбувся поділ функцій між усіма залученими сторонами і розвиток інструментів планування: створення планів здоров'я і плану медичних служб, вдосконалення систем контрактів та оплати і систем інформації та реєстрів. Потім з'явилися інтегровані служби: нові системи оплати, організація всіх рівнів обслуговування, система інтегрованої інформації.

ВЗ Що ж було необхідно, аби ця система запрацювала?

— Перш за все чітке і повне розуміння потреб і реальної картини охорони здоров'я — тобто інформація. Розвиток планування — аналіз потреб, став можливим тільки тоді, коли всі установи всіх рівнів надали вичерпну інформацію про всі види своєї діяльності. Каталонський уряд зобов'язав до цього всі установи: за невиконання вимог реєстрації та інформатизації слідувало відкликання акредитації.

Другою обов'язковою умовою стало територіальне планування всіх медичних служб: щоб фізично (географічно) доступні служби давали достатньо гомогенне покриття всіх потреб населення, при цьому не дублюючи одна одну. Тільки в цьому випадку можна забезпечити експертний рівень госпіталів вищого рівня складності, наприклад, якому необхідна висока критична маса випадків для досягнення високих результатів. Третьою умовою був розвиток функцій закупівлі — систем договорів з медичними установами і механізмів оплати постачальникам наданих медичних послуг.

ВЗ А як же забезпечити якісні послуги, дотримуючись гомогенності?

— Тільки шляхом контролю за якістю: створення жорстких механізмів акредитації, фіксації вимірюваних та реєстрованих результатів лікування, виконання яких є частиною договору. Медичний заклад, що не досягає запланованих результатів, «карається» і втрачає певну частину фінансування. Для цього необхідно розвивати повністю інформатизовану систему, яка реєструє кожен дію персоналу і всі показники якості.

ВЗ Завдяки чому вдалося досягти оптимальної конкурентоспроможності госпіталів?

— Сталася професіоналізація управлінської структури медичних структур. Госпіталем повинні керувати не лікарі, а професійні управлінці — менеджери, які спеціалізуються на медичному управлінні. Це обов'язкова

умова. Ну і, звичайно, чималу роль відігравав розвиток інструментів контролю: оплата за процедуру, за результат і ніколи — за ліжко-день! Це призвело до необхідності створення агентства за контролю якості. Крім того, було продумано фінансування госпіталів — їм щороку ставилися все складніші цілі та завдання. За результатами їх виконання для кожного госпіталю при підписанні щорічної угоди змінювалися умови фінансування. Хочеш розвиватися — працюй на відмінно. Цей принцип діє і нині.

ВЗ Як відбувся розподіл і градація госпіталів?

— До початку реформ існувало дві серйозні проблеми: рівень інвестицій в охорону здоров'я автономії був надзвичайно низьким, до того ж Каталонії належало лише кілька державних лікарень. Але у приватному секторі, у церквах, чернечих орденах, приватних фондах, муніципальних корпораціях було багато медичних установ, які традиційно надавали громадянам медичні послуги за приватною моделлю. Для виконання головної мети реформи — поширення кваліфікованого медичного обслуговування на все населення — була необхідна велика кількість лікарень та чітко визначена модель надання допомоги. Проте для створення нової мережі лікарень не було виділено достатньо ресурсів, тому вирішили використовувати вже існуючу приватну мережу медичних закладів. Для цього розробили певні інструменти. Перший — структурування медичних установ за рівнем складності надання медичної допомоги. Основою первинної медичної допомоги стали поліклініки (CAP) — базові центри в безпосередній близькості до пацієнта. Тут населенню надається базовий рівень медичного обслуговування. В середньому одна така установа обслуговує 25 тис. мешканців. Поліклініки прикріплені до місцевої лікарні (1-й рівень складності), та своєю чергою закріплена за обласними лікарнями (2-й рівень складності), і, нарешті, в кожному регіоні є госпіталь (або декілька госпіталів) найвищого рівня складності надання медичної допомоги (Hospitales de Alta Complejidad) — 3-й рівень.

Другий інструмент — санітарна карта Каталонії, про яку я вже згадувала. Для точного визначення кількості необхідних інвестицій (і їх гарантій), а також для забезпечення рівного доступу всього населення до кваліфікованого медичного обслуговування була розроблена Мара Sanitario: санітарна карта визначала місцезнаходження та статус медичного закладу, необхідного для забезпечення ефективного державного медичного обслуговування.

Третій інструмент — державно-приватне партнерство. В ході даної підготовки стало зрозуміло, що для обслуговування всього населення необхідно буде залучити вже існуючі приватні лікарні (а також використовувати нові лікарні, що тільки будуються). Вони разом із державними і складуть так звану Мережу державного користування (Red de Utilización Pública), вона і була створена в процесі реформування. Ска-

жімо, провідний у Європі госпіталь нейрореабілітації Institut Guttmann або один із найкращих у світі дитячих госпіталів Hospital Sant Joan de Deu якраз і є приватними (в даному випадку ще й некомерційними) госпіталями, які більшу частину своєї роботи виконують для держави. Для забезпечення ефективності системи державно-приватного партнерства були створені стандарти лікарняної акредитації, які гарантують дотримання мінімальних параметрів як об'єктів (матеріали, особливості проекту, вимоги до найрізноманітніших елементів — від ширини дверних отворів до технічного оснащення), так і самої організації процесу медичного обслуговування.

Також була розроблена система договорів між державою та лікарнями. Форма оплати з часом змінилася: якщо на початку держава платила лікарні за ліжко-день, то надалі було запроваджено набагато ефективнішу систему оплати — за процедуру (державна домовляється з кожним госпіталем, скільки Євро вона заплатить за діагностику КТ, операцію по видаленню катаракти, протезування стегна тощо). Ця система оплати гарантує прагнення госпіталю бути максимально ефективним — йому потрібно «пропустити» якомога більше пацієнтів, замість того, щоб перетворювати лікарню на санаторій. Щоб при цьому уникнути «халтури», скажімо, передчасної виписки, існують механізми відстеження пацієнта. Тобто госпіталю платять гроші за операцію, але якщо потім пацієнт потрапляє в медичний центр з рецидивом або ускладненням, на госпіталь, що його оперував, накладається штраф.

ВЗ Хто ж інвестував у будівництво нових госпіталів, необхідність яких диктувалася санітарною картою?

— Працює система інвестицій. Тут є різні формули. Наприклад, найпоширеніший варіант, коли уряд здійснює інвестиції і повністю оплачує будівництво та всю організацію. Іноді інвестує приватний провайдер, але в наступні роки держава повертає йому кошти. Є формула приватних інвестицій, будівництва та технічного обслуговування для Мережі державного користування. Держава організовує тендер, переможцем якого й буде приватна група, що побудує і надаватиме технічне забезпечення лікарні протягом 30 років. А держава щомісяця виплачуватиме групі певну, згідно зі встановленим договором, суму, після чого даний медичний заклад перейде у власність цієї групи. Держава займається підбором медичного персоналу та організацією послуг. Є ще поняття «концесія»: приватна фірма будує лікарню, відповідає за її технічне забезпечення, обладнання, організовує в ній медичне обслуговування і повністю ним керує. За лікарнею закріплюються пацієнти й обслуговується територія, а держава платить приватному власнику певну суму коштів за одного жителя на рік.

ВЗ Якщо держава здійснює такий пильний контроль за роботою всіх медичних установ, то можна припустити, що й робота кожного лікаря «під мікроскопом»?

— Почну з того, що про кар'єру лікаря тут мріє половина старшокласників,

хоча вступити до медичного вишу можуть тільки абсолютні відмінники — на цей факультет найвищий прохідний бал серед усіх професій. Це дійсно найбільш шанована і престижна професія. Умови навчання та отримання кваліфікації (порівняно з країнами СНД) — просто пекельні. І ви можете мені повірити, оскільки я виросла в Москві, в сім'ї лікаря. Найвищий рівень відбору та підготовки медичних фахівців забезпечує система MIR (Médico Interno Residente) — система, визнана однією з найвимогливіших та найефективніших у світі. Принцип управління — меритократія: критерій відпрацьованих років взагалі не береться до уваги, тільки таланти і здібності (тому в Каталонії, на відміну від Мадрида, ми постійно зустрічаємо 35-річних завідувачів відділень найбільших госпіталів — те, що майже неможливо ніде в Європі). Тут орієнтуються на американську модель: потрібно володіти великими здібностями, щоб піднятися вгору, і ще більшими здібностями, щоб залишитися нагорі. Переобрання на керівну посаду проходить кожні чотири роки. Для цього потрібно надавати найдокладніший звіт про виконану роботу і плани розвитку екзаменаційній комісії, яка складається з керівництва і підлеглих. Керівники роблять усе можливе, щоб оточити себе кращими фахівцями зі всієї Іспанії та Європи: в іншому випадку неможливо втриматися на керівних посадах. Також Каталонії притаманна еталонна організація взаємозв'язку «практика — викладання — наукова діяльність». Ставка робиться на дослідження і клінічні випробування. Барселона, наприклад, на сьогодні є найбільшим центром у світі в галузі клінічних випробувань у галузі онкології.

ВЗ До слова про онкологію: знаю, що розвитку саме цієї галузі в Іспанії приділяється дуже багато уваги і ресурсів.

— Краще наведу кілька прикладів. Керівником онкологічного інституту госпіталю Quiron є доктор Хосе Басельга — провідний світовий фахівець у галузі дослідження нових способів лікування раку, який є одночасно медичним директором Memorial Sloan-Kettering Cancer Center в Нью-Йорку (де він проводить за контрактом 8 місяців на рік). Це один з трьох найбільш цитованих онкологів світу (International Citation Index). А другим у його команді в Барселоні є доктор Жозеп Табернеро, один із найбільш цитованих у світі фахівців із раку шлунково-кишкового тракту. У Барселоні працює доктор Росель, якого журнал Lancet цього року назвав «кращим фахівцем з раку легенів у світі». Операції ж із видалення ракових пухлин у тому ж госпіталі проводить Антоніо де Ласі — Президент Європейської асоціації ендоскопічної хірургії, абсолютний світовий лідер малоінвазивних методик, таких як NOTES і SILS.

Блискучі досягнення в галузі онкології були б неможливі без кількох найбільших у світі дослідницьких центрів онкології, які також розташовані в Барселоні, і в яких також працюють всі ці фахівці. До речі, ці центри досягли видатних результатів також завдяки певним умовам, ство-

реним владою, зокрема, апробації нових лікарських засобів.

Наведу ще кілька прикладів: скажімо, журнал Cell називає найважливішим відкриттям останнього року в онкології відкриття механізму утворення метастаз, зроблене барселонцем Жоаном Массаже. Або інший приклад: Загальноєвропейське агентство за останні 5 років випробувало 4 нових медикаменти для лікування раку молочної залози — три з них створили каталонські онкологи.

ВЗ Вржас! А чи готові ділитися всіма цими напрацюваннями барселонські фахівці?

— Відкритість до міжнародної співпраці — ще одна перевага нашої системи охорони здоров'я. Для розвитку міжнародного співробітництва в Барселоні була створена спеціальна структура — ВМА. Це Єдиний міжнародний департамент, організований самими шпиталями за урядової підтримки. Власне його операційним директором я і є. Ми відповідаємо за кілька ліній роботи: налагоджуємо зв'язки з громадськістю та інституційні зв'язки на міжнародному рівні, ведемо проекти міжнародного співробітництва, консультативні зв'язки та обмін досвідом, а також організуємо стажування як для лікарів, так і для керівників лікарень та госпіталів. У нас величезна кількість найрізноманітніших проектів із багатьма країнами, починаючи від лікарняної архітектури і закінчуючи підготовкою менеджменту госпіталів або консалтингом в галузі реформування систем охорони здоров'я. І найголовніше — тут немає місця комерції, оскільки ми носимо статус асоціації, а в Іспанії це абсолютно неприбуткові організації. Тому будь-який фахівець, державна чи приватна структура, що «дозріла» для стажування та навчання, можуть сміливо звертатися, і я впевнена — немає нічого нереального, було б бажання...

ВЗ Але ж і у вашій системі є недоліки...

— На жаль... Головним дефектом системи, як на думку фахівців, так і на думку пацієнтів, є «лист очікування»: гарантовані державою операції доступні для населення, але передбачають «чергу». У середньому, колінного протезування або операції на вальгусній стопі доводиться чекати півроку, на операцію з видалення катаракти — близько трьох з половиною місяців. Саме цей елемент є основною причиною недостатньої задоволеності користувачів: у середньому за останній рік середній термін очікування запланованої операції становить 79 днів. Але я хочу, щоб ви розуміли: це не стосується термінових операцій, онкології та інших галузей, де життєво важливо забезпечити негайну оперативну допомогу. Другий недолік — надмірне й часом непотрібне використання каталонцями ресурсів системи. Але з іншого боку це плюс — люди стали уважнішими до свого здоров'я і важкі захворювання тепер виявляються на більш ранніх стадіях. Так що з цим недоліком наша система охорони здоров'я готова миритися...

Розмову вела
Тетяна ПРИХОДЬКО, «ВЗ»