



Катерина Руських, Євгенія Курагіна та Валентина Бальошенко

Реформа охорони здоров'я: важкі перші кроки

Потреба у реформуванні системи охорони здоров'я в Україні сьогодні одна з найнагальніших, адже більш ніж 20 років незалежності нашої країни галузь поступово і без суттєвого опору з боку державних мужів занепадала. На сьогодні незадовільний стан галузі віддзеркалюють показники здоров'я населення: українці в середньому живуть до 68 років, що на 10-12 років менше, ніж середня тривалість життя європейців, рівень дитячої смертності вищий в 2,5 рази за «старі» країни ЄС, а рівень передчасної смертності в 3 рази вищий за країни ЄС, в Україні панує епідемія туберкульозу і найвища у Європі поширеність ВІЛ. Крім того, кожен третій опитаний українець незадоволений низькою кваліфікацією лікаря, 21% опитаних не змогли отримати медичну допомогу, а 43% - відкладали візит до лікаря через відсутність грошей на нібито безкоштовну медицину або відсутність спеціалізованого лікаря¹. Загалом близько 70% населення погоджується з необхідністю реформувати охорону здоров'я.

У 2010 році концентрація влади в руках однієї політичної сили фактично сприяла запуску реформ у сфері охорони здоров'я, на які до цього часу бракувало політичної волі й консенсусу між різними політичними силами. Президент В. Янукович представив програму реформ, де на основі вже накопичених численних рекомендацій міжнародних і українських експертів визначалися стратегічні задачі реформування. У 2011 році було прийнято закон щодо експерименту з реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях і м. Києві, що став законодавчим стартом реформ.

Перший рік реформування доводить, що воно є величезним організаційно-фінансовим викликом, що наштовхується на несприйняття громадськості, лікарів, місцевої влади і інших груп інтересів. Хоча перші кроки з реформування є здебільшого рухом у правильному напрямку, вони занадто поспішні й поки недостатні для позитивних зрушень у якості надання медичної допомоги, та, натомість, несуть поточні ризики для населення, які вимагають адекватних запобіжних заходів. Ключовими для продовження і успіху реформування є пошук консенсусу щодо реформ; створення можливостей для якісної підготовки та мотивації сімейних лікарів та адекватне фінансування реформи.

¹ <http://www.vz.kiev.ua/?p=2081>

Наразі подекуди лунають заклики громадськості і політичних гравців щодо припинення процесу реформування. Але зупинка реформ охорони здоров'я лише призведе до остаточної деградації галузі. Тому громадськості варто намагатися коригувати «гострі кути» реформування, контролювати проведені зміни і стимулювати ключові реформи, без яких наявні перетворення не принесуть бажаних результатів.

Звіт готувався протягом квітня-червня 2012 шляхом інтерв'ю з посадовцями, експертами, громадськими діячами та лікарями і інформаційних запитів до Головних управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій пілотних регіонів. Автори хочуть подякувати за допомогу у підготовці звіту Мусію О.С., Євстігнєєвій О.В., Роханському А.О., Очеретенко В.Д., Луговій О.В., Бабич Л.І., Маловичко С.П., Конаровській Л.В., Панасенку О., Матюсі Л.Ф., Северину С.П., Чухрієнко Н.Д., Єлізарову В.В., Попченко Т.П., Слабкому Г.О., Загладі О., Рудому В.М., Гойді Н.Г., Стрельникову М.О., Іонову М.М., Бардину М., Дяченко Л.Б. та Черненко З.С.

Точка зору висловлена у звіті є виключно позицією авторів. Помилки у звіті є відповідальністю авторів.

Що реформуємо і навіщо?

План реформування на 2010-2012 роки в пілотних регіонах – Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях та 2-х районах м. Києва (Дарницькому та Дніпровському) – передбачає пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги (надалі – первинної медицини) зі створенням мережі закладів, їх комплектацію оснащенням та сімейними лікарями.

Медичні заклади первинного, вторинного та третинного рівня мають бути розділені і реорганізовані; розроблені плани-схеми поділу областей на госпітальні округи.

В пілотах має бути апробований програмно-цільовий метод фінансування зі збільшенням частки первинної медицини в загальних витратах. З медичними закладами мають укладатися договори, згідно з якими фінансування надаватиметься не за кошторисом, а за обсягами наданої медичної допомоги. Лікарі первинної ланки мають отримувати оплату праці відповідно до обсягів і якості виконаної роботи.

Лікар «першого контакту»

Сімейний лікар є лікарем «першого контакту» для пацієнта, що надає йому первинну медико-санітарну допомогу, яка може включати терапевтичну та педіатричну допомогу, лікування легких травм, проведення нескладних

медицина в різних формах працює чи не для всіх країн Європи, в тому числі для країн Балтії та Центральної Європи.

В Україні на первинному рівні працюють в основному терапевти і педіатри. Роль терапевтів давно звелась до ролі диспетчера, адже, вони здебільшого передають навантаження спеціалізованим лікарям, майже не беручи участі у лікуванні пацієнтів. У результаті майже кожен третій пацієнт² безпосередньо звертається до вузького спеціаліста, оминаючи терапевта, що у багатьох випадках призводить до блукання пацієнта між спеціалістами та перенавантаження спеціалізованих лікарів нескладними випадками, які могли б лікуватися на первинному рівні.

Сімейний лікар вирішує 60–80% проблем зі здоров'ям пацієнтів і зменшує витрати на охорону здоров'я

Сімейний лікар, натомість, може вирішити 60–80% проблем, з якими пацієнт звертається до лікаря без перенаправлення до спеціаліста. При цьому сімейний лікар має розташовуватися в амбулаторії або медичному центрі недалеко від місця проживання пацієнтів. Так, якщо, наприклад, у пацієнта запалення вуха, то він не їде у поліклініку до ЛОРа, а за 5-10 хвилин доходить до амбулаторії і, якщо це звичайне запалення без ускладнень, отримує на місці всю необхідну допомогу.

Сімейний лікар знає історію хвороб всієї сім'ї, скеровує пацієнтів до найкращих вузькопрофільних спеціалістів, і слідкує за перебігом лікування на вторинному рівні, консультує пацієнтів по телефону, надає невідкладну допомогу пацієнтам при потребі, а також проводить

Первинна медична допомога – медична допомога, що надається в амбулаторних умовах, і передбачає консультування, діагностування і лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруєнь та профілактику хвороб, і в разі потреби, направлення пацієнта на спеціалізований другий рівень. Включає амбулаторії, ФАПи та центри медико-санітарної допомоги.

Вторинна медична допомога – спеціалізована медична допомога, що надається в амбулаторних і стаціонарних умовах вузькоспеціалізованими лікарями у плановому порядку або екстрених випадках за направленням з інших рівнів медичної допомоги.

Третинна медична допомога – це великі медичні центри, що обслуговують регіон, або цілу країну, оснащені високотехнічним медичним устаткуванням для надання високоспеціалізованих медичних і хірургічних послуг

операцій, ведення нормальної вагітності, надання невідкладної допомоги і профілактичну роботу з попередження хвороб. Розвинена первинна

² Лехан В.М., Слабкий Г.О. та Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. стр. 7

профілактику (щеплення, профілактичні обстеження). У результаті має покращуватися стан здоров'я населення, знижуватися кількість викликів швидкої допомоги та зростати доступність медицини.

Розвиток первинної медицини заощаджує кошти на охорону здоров'я, адже більшість проблем пацієнтів вирішується сімейним лікарем без спрямування до більш «дорогого» спеціалізованого лікаря, зменшується потреба у лікарняних ліжках, адже хворі рідше лягають в лікарні, та знижується необхідність у виїзді швидкої допомоги.

Переваги сімейної медицини очевидні, але успішною вона стає, коли вона справді близька і доступна для пацієнта, коли сімейний лікар якісно надає весь передбачений спектр послуг і координує свою роботу та співпрацює з іншими лікарями, в тому числі з вузькими спеціалістами, а також безперервно слідкує за своїм пацієнтом, навіть коли той отримує допомогу на інших рівнях. Завдяки принципу вільного вибору лікаря пацієнтом, сімейні лікарі конкурують між собою за пацієнтів, що також підвищує якість надання медичних послуг.

У більшості країн Балтії та Центральної Європи реформа ще не завершилася, хоча впровадження первинної медицини активно почалося ще з 1990-х років за підтримки міжнародних організацій. Це свідчить про тривалість процесу реформування задля отримання бажаних результатів.

В Україні процес впровадження сімейної медицини почався давно: в 1987 році у м. Дрогобичі Львівської області було відкрито першу амбулаторію, в 1995 році розпочато підготовку сімейних лікарів, в 2000х прийнято низку програмних документів про розвиток сімейної медицини в Україні. Але фактичне впровадження відбувалось ситуативно і повільно, частина навчених сімейних лікарів змінювала спеціалізацію, і в 2010 році загальна кількість сімейних лікарів складала тільки 22% від кількості сімейних лікарів, потрібних, аби

забезпечити надання медичних послуг всьому населенню України³.

Вдалих експеримент з впровадження сімейної медицини був проведений за участі міжнародних донорів у Комсомольську Полтавської області. В місті працює група приватно-практикуючих сімейних лікарів. У результаті кількість ліжок скоротилася з 730 до 245, кількість викликів швидкої для населення, що обслуговується сімейними лікарями, в 2,8 рази нижча за середню по місту, показники смертності населення і індекс здоров'я дітей першого року життя у сімейних лікарів теж кращі.

Реструктуризація мережі медичних закладів

Україна успадкувала інфраструктуру лікарень з радянських часів, що за роки незалежності структурно майже не змінювалася. На сьогодні мережа є роздутаю, медичні послуги невиправдано дублюються в різних закладах, деякі лікарні через недовантаження і недофінансування надають неякісні послуги.

Мережа медичних закладів в Україні роздута і надає неякісні послуги

В українських лікарнях надлишкова кількість лікарняних ліжок – 94 на 10000 населення⁴, що в 1,5 рази більше за середню кількість ліжок в країнах ЄС. Навіть надлишкові ліжка не простоюють, тому рівень і тривалість госпіталізації в Україні перевищують середні по Європі. 45% дільничних лікарень працюють не як стаціонарні медичні заклади, а надають притулок переважно бідним літнім самотнім людям та іншим злиденним, хоча цим мали б опікуватися соціальні служби. Кадрові і фінансові ресурси розпорошені, адже 36% всіх лікарень мають до 40 ліжок⁵.

³ World Health Organization. Evaluation of structure and provision of primary care in Ukraine: a survey-based project in the regions of Kiev and Vinnitsa, 2010, p.11

⁴ Данні Державного комітету статистики України за 2011 рік

⁵ Матеріали конференції «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», м. Київ, 2009

Через демографічні зміни деякі лікарні, насамперед у сільській місцевості, недовантажені – хірурги проводять лише до сотні операцій на рік, а акушери-гінекологи приймають лише кілька десятків пологів, а отже, втрачають кваліфікацію і не можуть надати якісну медичну допомогу. Типове для України недофінансування таких лікарень може означати їх аварійний стан, нестачу обладнання та медикаментів, що також веде до зниження якості медичної допомоги в цих закладах.

Скорочення непотрібних та неякісних медичних закладів, що настановується на статтю 49 Конституції України, забороняючи скорочувати мережу закладів охорони здоров'я, могло б дозволити сконцентрувати кадрові та фінансові ресурси, які при їх постійній нестачі розпорошені між великою кількістю лікарень, у найбільш ефективних медичних закладах. Додаткові фінанси від закриття неякісних лікарень могли б піти на оновлення обладнання, близько 70% якого є морально застарілим, на краще забезпечення медикаментами або на підвищення заробітної плати медичним працівникам.

Реформатори вирішили не ініціювати зміну 49 статті Конституції щодо скорочення медичних закладів, напевно тому, що це було б дуже непопулярним кроком, і могло б зайняти час,

Госпітальний округ (ГО) - медичний простір, що об'єднує 2-3 райони області або міста та райони, де проживає більше 100 тис. населення.

ГО має 1 багатопрофільну лікарню інтенсивної терапії (ЛІТ) (створюється на базі потужних центральних районних або міських лікарень), де надається цілодобова медична допомога хворим з гострими станами. ЛІТ найкраще обладнана найпотужнішим високотехнологічним обладнанням.

Лікарня планового лікування – для лікування хронічних хворих або долікування в кожному сільському районі.

Лікарня відновного лікування – для відновлення функцій, порушених через хворобу, і для реабілітації інвалідів.

Хоспіси – для надання допомоги безнадійно хворим.

Заклади медико-соціальної допомоги – для надання соціальної допомоги вразливим групам населення.

Йдеться про перепрофілювання лікарень: дільнична лікарня, наприклад, може перетворитися або в амбулаторію сімейної медицини, або в лікарню відновного лікування, або в інший заклад, а коли справа дійде до створення госпітальних округів, деякі центральні районні лікарні можуть бути перетворенні у лікарні планового лікування тощо.

Нова модель фінансування

Панує думка, що витрати на охорону здоров'я в Україні є низькими. Але це зовсім не так. Відповідно до міжнародної методики Держкомстат розрахував, що загальні витрати на охорону здоров'я склали у 2010 році 7,8% ВВП, що навіть більше за витрати таких країн, як Румунія, Болгарія, Польща, Чеська Республіка, Естонія, не кажучи вже про більшість країн колишнього СРСР (окрім Грузії). Однак, частка державних затрат на охорону здоров'я мала у порівнянні з іншими країнами – лише 56,3% від загальної суми витрат (3,7% ВВП)⁶.

Україна витрачає на ОЗ порівняно більше, ніж Польща, Чеська Республіка та Естонія. Велику частку цих грошей українці платять зі свого гаманця

Інші витрати – це переважно платежі населення, що в основному йдуть на медикаменти, вартість яких фактично не покривається державою. Цей метод розрахунку витрат включає неформальні платежі населення, але, як визнають експерти, навіть недооцінює їх, тому реальні затрати на охорону здоров'я в Україні можуть бути ще набагато вищими за вказані 7,8% ВВП.

відтягуючи початок реформування. Натомість,

⁶ Державний комітет статистики України. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році

Таким чином, у 2010 році держава витратила на охорону здоров'я 1042 грн. на кожного українця (а ці гроші в тому числі беруться із податків, які платять українці), і з власного гаманця кожен витратив ще 750 грн. на медичне обслуговування (в основному на медикаменти).

При цьому наявне фінансування використовується вкрай неефективно через вже згадану роздутість мережі, через паралельну роботу різних урядових і відомчих лікарень, які отримують 7% від державних витрат на ОЗ, хоч становлять 0,5% від кількості усіх медичних закладів⁷, та через неможливість лікарень гнучко управляти доступними грошима.

Основну частину фінансування (близько 75%) лікарні отримують на зарплати медичних працівників, що оцінюється на основі кількості ліжок і не може змінюватися, близько 9% припадає на оплату комунальних послуг, а залишки надаються на медикаменти, перев'язувальні матеріали (7,8%) та харчування (2,7%). Мізерні кошти залишаються на оновлення обладнання і інші цілі, які часто фінансуються з так званих «благодійних» внесків пацієнтів чи на кошти спонсорів⁸. Тому пацієнти часто лікуються в неприглядних неремонтованих лікарнях, а діагностування та лікування проводиться за допомогою ще радянського обладнання.

Хоча більшість коштів використовується на оплату праці, оплата праці медичного персоналу є копійчаною в Україні. Середня заробітна плата медичного працівника у 2011 році склала 1778 грн, що на 43% менше, ніж середня заробітна плата в промисловості і на 67% менше, ніж в фінансовому секторі. Для порівняння заробітна плата медиків у Болгарії становить 572 €, у Литві – 700–800 €, в Португалії – 898 €, у Словенії –

1571 €, у Фінляндії – 2536 €⁹. Низька офіційна заробітна плата стимулює неформальні платежі в секторі.

Отже, Україна витрачає порівняно багато на охорону здоров'я, але медичні заклади недофінансовані, а медичний персонал отримує мізерні гроші. Реформатори вирішили, що реформування можна провести без залучення додаткового фінансування, адже воно вивільниться при оптимізації мережі, тобто фактично скороченні ліжок, персоналу, перепрофілювання (закриття) медичних закладів. Медичні заклади мають покращити якість роботи і більш ефективно розпоряджатимуться коштами, якщо фінансування надаватиметься в залежності від обсягу і структури наданих послуг, а не від кількості ліжок і прописаної кількості персоналу. Так само й лікарі мають отримувати заробітну плату, в залежності від обсягів і якості наданих послуг.

Екстрена медицина

Служба швидкої медичної допомоги в Україні працює в умовах тотального недофінансування, що відповідно призводить до погіршення показників її роботи – до запізнення на виклики та неможливості надати потрібну допомогу. Проблемами «швидкої» є скорочення кількості бригад, зокрема, спеціалізованих; висока зношеність автопарку, який недостатньо оновлюється; відсутність ліків, обладнання автомобілів і сучасних засобів зв'язку, а також застарілість інформаційно-диспетчерської служби.

Паралельна реформа екстреної медицини важлива при оптимізації мережі медичних закладів, щоб надати пацієнту необхідну екстрену допомогу і швидко його доставити до лікарні зі стаціонаром, які стають більш віддаленими від пацієнтів. Реформа згідно з планами покликана прибрати «розпорошеність» ресурсів, створити єдину вертикаль управління службою та провести інформатизацію роботи «швидкої», аби забезпечити її приїзд до пацієнта

⁷ Матеріали конференції «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», м. Київ, 2009.

⁸ Шевченко М. В. і інші. *Удосконалення економічного механізму управління галуззю та аналіз його впровадження і ефективності* // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 561 с.

⁹ Там само

в місті за 10 хвилин, в селі за 20 хвилин. В пілотних регіонах згідно з планами реформування мають створюватися Центри екстреної медицини та медицини катастроф з єдиною потужною оперативно-диспетчерською службою. За планом, це дозволить приймати виклики і скеровувати «швидкі» по всій області, а додаткові пункти базування швидкої допомоги при амбулаторіях забезпечать доступ до екстреної допомоги навіть найвіддаленішим населеним пунктам. Ці центри стануть адміністративними органами, які координуватимуть служби, впорядкувати фінансові потоки завдяки централізації обласного управління.

Реалізація реформ

Реформи першого етапу є насамперед «технічними реформами» (про відмінності між «системними» та «технічними» реформами див. [«Побудова відкритого доступу: вступ»](#)), які радше покликані вдосконалити існуючу систему охорони здоров'я, аніж її суттєво змінити. Зміни, що несуть системний характер, а це насамперед впровадження нових моделей фінансування не за кошторисом, а за обсягами медичних послуг, очікувано гальмують і відкладаються.

Тим не менш, в пілотних регіонах протягом 2011-2012 років майже повністю створена мережа закладів первинної медицини. Формування мережі було великим організаційно-фінансовим викликом, адже відбувалось на існуючій кадровій базі, переважно шляхом перетворень існуючих медичних закладів та в межах наявного фінансування.

Політична воля «зверху» рухає реформи

Реформування проходить за недостатньої і недосконалої нормативної бази, на що часто нарікають на місцях, очікуючи вказівок і роз'яснень з боку центральних органів влади. Натомість останні вважають, що за ініціативи на

місцях існуюче законодавство достатнє, аби проводити реформи.

Відповідно до висновків спеціалістів Харківської правозахисної групи закони, які регулюють експеримент з реформування у пілотах, суперечать цілій низці інших законодавчих і нормативних актів: Конституції України, Бюджетному кодексу, Господарчому кодексу та іншим¹⁰. Нарікання на нормативні акти щодо реформування неодноразово висловлювали і юристи головного науково-експертного управління ВРУ, але має місце політична воля щодо проведення реформ, яка «рухає» навіть недосконалі закони.

Поспіх у створенні структурного каркасу мережі закладів первинної медицини за браку його наповнення – оснащення та укомплектування сімейними лікарями – часто-густо створювало ситуацію, коли «старе» зламане, а «нове» ще не створене.

У пілотах перепрофілюються медичні заклади (нерідко фактично закриваються), скорочується кількість стаціонарних лікарняних ліжок і звільняються працівники. Ці непопулярні кроки очікувано спричиняють несприйняття і невдоволення громадськості, що посилюються їх непрозорістю і браком роз'яснень.

Реформування галузі відбувається за обмеженого фінансування, що може стимулювати поспішні і непродумані скорочення, і поки з недостатніми змінами щодо стимулюючої оплати праці сімейним лікарям. Сутнісно нового механізму фінансування медичних закладів попри плани поки впроваджено не було.

Реформи частково ситуативно проходять і у багатьох не пілотних областях, без додаткового державного фінансування, за місцевої ініціативи, яку громадські організації пов'язують з бажанням «вислужитися» перед керівництвом країни чи з виконанням «головної лінії партії», а реформатори – з розумінням місцевою владою необхідності проведення реформування.

¹⁰ Права людини в галузі охорони здоров'я. — 2011. — Харків: права людини, 2012 р. — 208 с.

Створення мережі первинної медицини

Формування центрів первинної медико-санітарної допомоги і амбулаторій в пілотних регіонах відбувалось насамперед шляхом перепрофілювання існуючих дільничих лікарень, міських (селищних) поліклінік, міських (селищних) районних лікарень, ФАПів і інших медичних закладів.

Але через плановий поспіх у відкритті центрів та амбулаторій вони почали працювати недостатньо укомплектованими обладнанням та сімейними лікарями. Тільки в 2012 році за цільового фінансування з державного бюджету більшість центрів та амбулаторій можна буде оснастити обладнанням та автотранспортом.

Центр первинної медико-санітарної допомоги (центр ПМСД) (у тексті центр первинної допомоги) – медичний заклад, який надає первинну допомогу та містить адміністративно-господарський апарат. Включає амбулаторії сімейної медицини та ФАПів. Створюються в сільських районах та в містах з населенням чисельністю не менше 30 тис. осіб (від 30 до 100 тис. населення – 1 центр, від 100 до 500 – 2, більше 500 тис. – 1 центр на кожні 300 тис.).

Амбулаторія – підрозділ центру ПМСД, який створюється у безпосередній близькості до пацієнтів з розрахунку 1 сімейний лікар на 1500 населення в містах і на 1200 сільського населення.

ФАП – невеликий медичний заклад у селах, що може бути підрозділом амбулаторій. У ФАПі працює медична сестра (фельдшер чи акушер), що обслуговує невелику кількість населення.

***Не налагоджена робота первинної ланки
поки не дає нової якості первинної
допомоги і провокує невдоволення
пацієнтів***

Болісною проблемою є нестача сімейних лікарів. Пілотам необхідно близько 8,5 тис. сімейних лікарів¹¹, але наразі на первинній ланці працює 18-20% сімейних лікарів, інші посади обіймають терапевти, педіатри, акушери-гінекологи, отоларингологи і інші спеціалісти первинної ланки, але навіть з ними центри і амбулаторії укомплектовані лише на 70-80%. В деяких

центрах та амбулаторіях поки немає жодного сімейного лікаря.

Без сімейних лікарів, первинна ланка не запрацює і не дасть очікувану нову якість медичної допомоги. Готують «лікарів першого контакту» на 6-ти місячних курсах, які попри хвилювання громадськості можуть забезпечити гарну підготовку сімейних лікарів, але все-таки мають вагомні недоліки. Так, терапевти разом з усіма слухають фактично непотрібний для них і найдовший цикл з терапії, так само як педіатри проходять цикл з педіатрії. Часу на вузькі цикли з гінекології, офтальмології, психіатрії і інших спеціалізації виділяється мало. Крім того, навчені сімейні лікарі часто не знаходять на

своїх робочих місцях тих приладів і обладнання, з якими їх навчили працювати. Ці навички швидко втрачаються. Недоліки у курсах підготовки сімейних лікарів додають до загальної недовіри частини населення до нововведень.

Так як обмаль сімейних лікарів працює в центрах і амбулаторіях, для пацієнтів сутність первинної

допомоги, яку вони продовжують переважно отримувати від терапевтів і педіатрів, поки не змінюється, при цьому вузькопрофільні спеціалісти і лабораторні дослідження часто стають віддаленішими, спростовуючи тезу про доступність і наближеність медичної допомоги. Крім того, організаційно робота поспіхом створеної мережі не налагоджена. Пацієнти змушені відстоювати черги у центрах та амбулаторіях, бо без «талончика» від лікаря первинної ланки їх не приймають спеціалісти, де вони знову стоять у чергах. Потоки дорослих пацієнтів і дітей змішуються у центрах первинної допомоги, і хоч лікарі не вважають це проблемою, в окремих випадках це провокує серйозні протести проти реформи.

¹¹ Попченко Т. "Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я". НІСД. Аналітична записка.

Наразі впроваджується новий метод оплати праці лікарям за обсяги та якість послуг, аби гідно мотивувати сімейного лікаря до роботи. За новим методом, оплата праці сімейного лікаря залежить від кількості прикріпленого населення (оскільки на сьогодні не вистачає сімейних лікарів, то вони, як правило, обслуговують у 1,5 та 2 рази більше осіб, аніж встановлено за нормою: 1500 чоловік у місті і 1200 у селі); від вікової структури прикріпленого населення з доплатою за дітей та літніх людей; а також таких якісних показників як охоплення населення

щепленням, раннє виявлення онкохвороб та туберкульозу, від зменшення направлень пацієнтів на вторинний рівень і на госпіталізацію.

Таким чином, новий метод оплати має винагороджувати сімейних лікарів, які мають багато пацієнтів, серед яких велика частка дітей і літніх людей; мотивувати їх до профілактичної діяльності і до лікування пацієнтів самостійно, без невиправданого направлення до спеціалістів. Новий метод оплати тільки-но почав

Таблиця 1. Розвиток первинної медичної допомоги в пілотних регіонах (орієнтовна інформація на останню доступну дату).

	Вінницька	Дніпропетровська	Донецька	м. Київ (Дніпровський і Дарницький райони)
Відкрито закладів первинної допомоги:				
ЦПМСД	35	53	72	5
Амбулаторій	262	242	142	106
Укомплектованість ЦМСД медичним обладнанням	На 64,8% (дані 2011 року)	Н/Д	Міські – 29% Сільські – 59%	91% (Дн.р-н)
Населення, охоплене амбулаторною допомогою	69%	30,3% (в містах) 88,7% (в селах)	100%	68% (Дн.р-н), 45% (Дар. р-н)
Працює сімейних лікарів у первинній ланці				
Всього	639	450	460	180
% від потреби	30%	19,5%	18%	11% (від потреби для всього Києва)
Лікарі, що пройшли/ пройдуть навчання на сімейного лікаря				
2011 рік	656	169	Н/Д	103
2012 рік	>100	Близько 200	255	254
Середня заробітна плата сімейного лікаря (2011 рік)				
Заробітна плата (грн.)	2327	2549	2062	3030
У співвідношенні до середньої заробітної плати лікарів	99%	113%	75%	139%

Джерело: ГУОЗ відповідних областей та м. Києва, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», веб сторінки відповідних ГУОЗ, власні розрахунки

впроваджуватись у пілотних регіонах. За словами різних посадовців, оплата праці сімейним лікарям з нинішньої середньої заробітної плати (див. Таблицю 1) може зрости до 3800-5000 грн.; а за «стаханівську» працю сімейний лікар зможе отримати 7000-8000 грн. Але перші відгуки сімейних лікарів про новий метод підтверджують, що він поки не є насправді стимулюючим. Сімейні лікарі отримують лише плату за обсяг роботи, що фактично є платою за понаднормову кількість пацієнтів. Оплата за обсягами незначно вища за раніше існуючу систему, коли сімейні лікарі працювали за 1,5-1,75 ставки. Оплата за структуру і якість надання послуг поки переважно не надається, так як ще немає реєстру пацієнтів та інструкцій МОЗ щодо розрахунку якісних показників. Однак, при цьому оплата за якість може бути занадто незначною, аби мотивувати, а деякі якісні показники можуть бути нереальними для їх фактичного виконання сімейними лікарями.

Стимулююча оплата для сімейних лікарів поки не є стимулюючою

У Києві стимулюють сімейних лікарів до приватної практики, аби вони отримували оплату за кожного пацієнта, мали пільги на оренду приміщення і автомобіля, на свій розсуд розпоряджалися наданими коштами, наймаючи працівників, оплачуючи комунальні послуги тощо. Залишок коштів і оплата від пацієнтів за додаткові послуги має складати винагороду лікаря. Але сімейні лікарі здебільшого не хочуть ставати підприємцями, оскільки не хочуть брати на себе додаткові організаційні і управлінські функції, бояться ризиків такої діяльності, і через не надто приємну необхідність мати справу з податковими органами.

У цілому за рік у пілотах зроблено багато, аби впровадити первинну ланку, але стислі планові терміни її впровадження здаються не виправданими. Ключовим моментом стане те, наскільки держава зможе забезпечити первинну ланку якісно підготовленими сімейними лікарями і їх вмотивувати, але в цьому питанні

на сьогодні спостерігається більше гонитва за кількістю, а не за якістю.

Реструктуризація та оптимізація

Ряд медичних закладів у пілотах перепрофілюється у заклади первинної медицини. Перепрофілювання лікарень відбувається разом зі скороченням ліжок і звільненням медичного персоналу. У Дніпропетровській області в 2011 році зменшили кількість ліжок на 14,3%, тобто до 85 ліжок на 10000 населення, у Вінницькій – на 7,6% (до 79,8), у Донецькій на 4,5% (до 79), в Києві лише на 0,1% (до 76,6)¹². У Вінницькій області звільнено 129 медичних працівників у 2011 році і планується звільнити ще 175 працівників у 2012 році, у Дніпропетровській області – 37 медичних працівників у 2011 році, у 2012 році звільнення не передбачаються, у Донецькій області – 94 медичні працівники, в 2012 році звільнення не передбачаються, в Києві звільнення медичних працівників не відбувалось і не планується¹³. Хоч в пілотах кажуть про те, що звільнення в 2012 не плануються, звістки с «полів» свідчать про інше – перепрофілювання лікарень триває зі скороченням штатів.

Реформи віддаляють стаціонарну допомогу від сільського населення на 30-40 км або навіть далі

Штати скорочуються також на первинній ланці. За рекомендованими штатними нормативами МОЗ¹⁴ а в амбулаторіях у порівнянні з раніше діючими нормативами скорочуються від 25% до 50% персоналу, що а рази збільшує навантаження на медпрацівників. Скорочуються медсестри, реєстратори, фельдшери, акушери, реєстратори і допоміжний персонал – водії,

¹² Кризина Н.П. Мережа закладів охорони здоров'я та основні показники діяльності // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 561 с

¹³ <http://medreformadn.blogspot.com/>

¹⁴ Наказ МОЗ від 23.02.2012 №129

вартівники, садівники та робітники по обслуговуванню будівель.

Оскільки дільничі сільські лікарні припиняють своє існування як в пілотах, так і в інших областях, то стаціонарна лікарська допомога стає віддаленішою для сільських жителів. Найближча лікарня може знаходитися за 30-40 кілометрів, а то і далі (за 50-60 км). Натомість, сільським жителям пропонують неоснащені амбулаторії без необхідної кількості сімейних лікарів. Водночас, через незадовільний розклад руху громадського автотранспорту, високу вартість проїзду, жакливі дороги сільським жителям важко дістатися до стаціонару в районній лікарні, тому вони відчують себе позбавленими медичної допомоги (Мал №1. Прикладом с.Миколаївка) Це викликає відверті протести і виступи проти реформ.

Крім цього, громадськість непокоїть, що реструктуризація медичних закладів і звільнення працівників проходять не прозоро і можуть ґрунтуватися не на об'єктивних висновках аналізу щодо діяльності цих закладів і працівників, а на засадах кумівства і патронажу для деяких менш ефективних і якісно працюючих відділень і працівників. Лікарі теж налякали можливістю звільнення, що посилює їх супротив реформам.



Наразі області пропонують плани-схеми поділу областей на госпітальні округи, що за реалізації буде набагато сильнішим викликом для тих, хто проводить реформи та має нашоувхнутися на вдсятеро сильніший опір з боку місцевих органів управління, лікарів і громадськості, адже цей поділ означатиме подальше скорочення і «перетасовку» медичних закладів. Области інколи ідуть найлегшим шляхом, пропонуючи створювати госпітальні округи на основі існуючих районів. Але госпітальний округ за задумом має об'єднувати 2–3 райони із загальною кількістю мешканців більше 100 тис., тоді як створення всіх видів лікарень на базі 1 сільського району не вирішує питання роздутості мережі і розпорошеності кадрів.

У багатьох експертів існують великі сумніви щодо доцільності створення госпітальних округів за існуючого стану доріг бідності населення, оскільки відстань від найвіддаленіших місць до лікарні інтенсивної терапії, де зосереджуватиметься найкращий персонал і найкраще обладнання, може сягати навіть 70–80 км. Існує ймовірність, що створення госпітальних округів (з 2013 року) буде відкладене.

Перепрофілювання та скорочення необхідні, але мають бути прозорі і обґрунтовані

Перепрофілювання медичних закладів і скорочення необхідна річ, але вони мають проходити більш прозоро і обдумано. Новостворені сільські амбулаторії за припинення діяльності дільничих лікарень доцільно першочергово оснащувати і забезпечувати сімейними лікарями, організувати додаткові пільгові транспортні маршрути до спеціалізованих лікарів і стаціонарів, першочергово створювати нові станції базування швидкої допомоги. Без цих і інших запобіжних заходів, реформа віддаляє допомогу від сільського населення і стимулює масові протести.

Фінансування реформи і нові моделі фінансування

У 2011 році реформування в пілотах додатково не фінансувалося з державного бюджету, що вимагало від пілотів самим знаходити додаткове фінансування та раціоналізувати витрати на охорону здоров'я. Однак, у 2012 році пілоти мають отримати субвенції на оснащення амбулаторій, у тому числі автотранспортом для сімейних лікарів, на медикаменти та на закупівлю карет швидкої допомоги (Таблиця 2). За нашими попередніми оцінками, виділених грошей має вистачити аби оснастити більшість центрів і амбулаторій пілотних областей у 2012 році.

Первинному рівню «підкинули» грошей, але їх не вистачає іншим рівням

Таблиця 2. Субвенції з державного бюджету на реформування в пілотах.

Субвенції (цільові кошти з державного бюджету)	На мед. автотранспорт і обладнання для мед. закладів, млн. грн.	На медикаменти для швидкої, млн. грн.	На мед. обладнання, млн. грн.	Обладнання та автотранспорт для первинної медицини, млн. грн.
Вінницька область	10	11,6	6,8	90
Донецька область	95	31,3	18,4	95
Дніпропетровська область	0	23,5	13,9	82
м. Київ	0	19,8	11,6	60

Джерело: Додаток 7 до Закону України «Про бюджет 2012», обласні бюджети

Пілоти також продовжують генерувати власні кошти для проведення реформ. Реформування власним коштом в не пілотних областях, хоч це збільшує ризики для населення, вітається у центральних органах влади, які прагнуть, аби гроші на реформи знаходилися всередині системи охорони здоров'я. Нестача грошей на проведення реформ стимулює місцеву владу оптимізувати витрати шляхом перепрофілювання (закриття) лікарень, скорочення ліжок та кадрів.

У пілотних регіонах витрати на охорону здоров'я з 2012 року плануються за програмно-цільовим методом. Таким чином заплановано витратити

близько 35% загального обласного бюджету на первинну медичну допомогу (з урахуванням коштів на обладнання і закупівлю автотранспорту), коли раніше, за оцінками експертів, на неї виділялося не більше 5–7%. При чому, первинна медицина фінансується з бюджетів міст і районів, а вторинна і третинна – з обласного бюджету. Через перерозподіл коштів вторинний і третинний рівень тепер недостатньо профінансовані.

У Донецькій області в 67% районах і міст розрахункове фінансування на 2012 рік не забезпечує виплату заробітної плати працівникам вторинного рівня. По 5-ти містах передбачається лише фінансування на виплату заробітної плати¹⁵. У Дніпропетровській області мала місце ситуація, коли флюорографічний апарат перебував на балансі первинної ланки (куди виділялися гроші на фінансування

флюорографії), а фізично знаходився у лікарні вторинного рівня. У Вінницькій області в окремих районах також виникла проблема дефіциту коштів на виплату заробітної плати з нарахуваннями, енергоносії, медикаменти і інше¹⁶.

В 5-ти районах Донецької області фінансування не вистачає і для первинного рівня медичної

¹⁵ ДУ «Українських інститут стратегічних досліджень МОЗ України». *Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів*. Київ 2012

¹⁶ Там само

допомоги. В Ясинуватському районі навіть за значного скорочення 158-ти штатних посад з 297 (звільнено 72 фізичні особи) не вистачає майже 30% коштів від потреби.

Нова модель фінансування має старе обличчя

До березня 2012 року з усіма центрами первинної допомоги мали укластися договори про медичне обслуговування населення, які впроваджують новий механізм фінансування медичних закладів за обсягами надання медичної допомоги. Однак, на сьогодні, по-перше, не з усіма закладами укладені договори. Але важливіше, обсяги медичної допомоги в договорах визначенні розмиті і декларативно. Тому фінансування закладів насправді не залежить від обсягів і надається в межах наявних коштів з врахуванням штатних посад, витрат на комунальні послуги, медикаменти тощо. Це свідчить, що новий механізм фінансування майже не відрізняється від старого.

Таким чином, фінансування реформ проходить за обмеженості фінансових ресурсів. Лунають заяви про нестачу коштів особливо закладам вторинного і третинного рівнів медичної допомоги. Нестача фінансування може відкривати шлях для непрозорих і невинуватених скорочень персоналу, ліжок та медичних закладів. При цьому, сутнісно нової моделі фінансування медичних закладів фактично не було впроваджено.

Екстрена допомога

У пілотних регіонах відкриваються нові пункти базування швидкої допомоги, модернізуються засоби зв'язку, встановлюються GPS-передавачі на всіх каретах «швидкої» та комп'ютеризуються цілодобові пости диспетчерів, а завдяки виділенню додаткового фінансування з бюджету у 2012 році заплановане придбання нових автомобілів для швидкої допомоги, нового обладнання і медикаментів.

Але з боку громадськості існує супротив і недовіра до реформ екстреної допомоги, які мають бути поширені на всю Україну через нещодавно проголосований у другому читанні закон «Про екстрену медичну допомогу».

Практикуючі лікарі швидкої проти об'єднання швидкої допомоги з медициною катастроф і створення єдиних центрів екстреної допомоги, що передбачається законом. На їх думку, це призведе до значних додаткових витрат, в тому числі на адміністративний апарат, тоді як ці гроші слід було б спрямувати на вічно недофінансовану службу швидкої допомоги (обладнання швидких, нові автомобілі та медикаменти). Лікарі також виступають проти припинення існування спеціалізованих бригад, бо фельдшери, на їхню думку, не зможуть якісно надавати допомогу у випадках, коли транспортувати хворого не можна до стабілізації стану (інсульт, інфаркт, анафілактичний шок, набряк легень). Автори реформ дотримуються протилежної думки, стверджуючи, що єдині центри будуть економити кошти шляхом централізації та зможуть підвищити ефективність надання екстреної допомоги, а навчені фельдшерські бригади дозволять укомплектувати службу за постійного дефіциту кадрів.

Впровадження реформ екстреної допомоги залежатиме від виділення фінансування

У пілотах реформування екстреної допомоги відбувається паралельно з виділенням додаткового фінансування та оснащенням служби швидкої допомоги, однак, реформування екстреної медичної допомоги по всій Україні впирається у потребу виділення значних коштів на відкриття єдиних центрів екстреної допомоги, організацію їх роботи, обладнання автомобілів «швидкої», закупівлю нових «швидких», навчання фельдшерських бригад тощо.

Ключові проблеми реформування

Реформи викликають несприйняття у великої кількості людей, громадських організацій і лікарів, що частково пояснюється нерозумінням сенсу перетворень, частково – непрозорістю реформування, але найбільше – тими додатковими проблемами, які поспішні і непродумані зміни створюють для людей. Потужним є також супротив груп інтересів – головних лікарів, які в процесі реформування можуть втратити свою посаду, а також місцевих органів влади, які не хочуть віддавати лікарні на обласний рівень і втрачати контроль над медичними закладами.

Реформи не сприймаються населенням через нерозуміння, непрозорість але передусім через проблеми, які вони створюють

У таблиці 3 представлено аргументи громадськості «проти» реформ та відповідні аргументи влади «за» реформи, що часто-густо демонструє нерозуміння першої, в чому полягає реформування і нащо воно необхідне.

Стислі терміни впровадження первинної медицини, коли існуючі сьогодні заклади перепрофілюються, а нові відкриваються необладнаними і без лікарів відповідної якості, дійсно мають серйозні вади:

- Пацієнти не знають, за яким маршрутом отримувати медичну допомогу. Вони змушені стояти в чергах, їздити на діагностику у віддалені заклади. Витрачається більше часу на отримання медичної допомоги без відчутного зростання її якості.
- Сімейних лікарів мало, центри і амбулаторії ще недообладнені. Отже, пацієнти отримують «стандартну» допомогу від терапевтів, педіатрів, гінекологів тощо на первинному рівні. Відмінність полягає лише в тому, що всі групи хворих (діти і дорослі) опиняються в одному закладі.

- Сімейним лікарям не довіряють. Заслужити довіру населення сімейним лікарям непросто через нестачу обладнання для надання всього обсягу допомоги і часом понаднормового навантаження, через яке вони не можуть приділяти достатньо часу кожному пацієнту.
- Для найбільш вразливих жителів сіл і селищ, в яких реорганізують лікарні, зникає можливість отримати медичну допомогу через віддаленість стаціонарів і спеціалістів, особливо при недостатній кваліфікації сімейного лікаря, відсутності в амбулаторії обладнання і автотранспорту.

Насправді, в пілотних регіонах намагаються сприяти вирішенню деяких проблем: відкривають медико-соціальні заклади для найбільш вразливих людей, що потребують догляду в селах і районах; створюють станції базування «швидкої» та закуповують автомобілі «швидкої» для того, аби транспортувати екстрених хворих до більш віддалених стаціонарів; робляться спроби впровадити додаткові транспортні маршрути до лікарень вторинної допомоги; підвищується замовлення на студентів зі спеціалізації «сімейна медицина» тощо. Але на реалізацію цих заходів потрібні кошти і час, за який якість медичної допомоги населенню і її доступність падає, а протестні настрої щодо реформ нарастають.

Загалом, ми бачимо 3 основні проблеми, які потребують вирішення, аби реформи не призупинились і були успішними в підвищенні якості медичного обслуговування населення. Ці проблеми включають управління реформою та пошук консенсусу щодо реформування, кадрове питання та фінансування.

Управління: консенсус щодо реформ

Ефективне управління реформами на центральному рівні, місцевому рівні та залучення до процесу об'єднань лікарів і громадськості могло б посприяти успішній реалізації реформ. Але наразі мають місце нарікання на незлагодженість роботи між центральними органами управління реформами –

Комітетом з економічних реформ при Президентові України, МОЗом та Комітетом з питань охорони здоров'я при ВРУ (хоч всі вони очолюються представниками партії при владі) – та на вчасність і якість підготовки необхідних нормативних документів МОЗом. На місцях

жаліються, що «центр» не залишає їм достатньо повноважень, аби бути більш гнучкими у проведенні реформ. Вони нарікають, що нормативна база для проведення реформування гальмує, і це створює додаткові проблеми у реалізації реформ.

Таблиця 3: Поширені аргументи «проти» та «за» реформування

Позиція громадськості	Позиція реформаторів
Закриття лікарень залишає людей без медичної допомоги. Люди змушені долати 30–40 км і більше до лікарень.	Ті медичні заклади, що були перепрофільовані та закриті не надавали населенню якісну медичну допомогу. Сімейний лікар зможе вирішити 60–80% проблем, з якими населення звертається до лікарів. При потребі краще організована екстрена допомога зможе швидко доставити хворого до лікарні, де пацієнт отримає справжню якісну допомогу.
Реформи не потрібні, потрібно краще фінансувати галузь.	Неефективна роздута мережа закладів охорони здоров'я поглине додаткове фінансування, але це не гарантує зростання якості медичних послуг.
Впровадження сімейних лікарів знищує педіатрію	Педіатри разом з іншими лікарями первинної ланки будуть працювати з сімейними лікарями на первинній ланці до 2020 року. Сімейні лікарі матимуть змогу працювати разом з педіатрами і підвищувати свою кваліфікацію.
Реформа створює додаткові медичні заклади (амбулаторії) і роздуває штат адміністративного персоналу на первинному рівні.	Зклади первинної медицини часто створюються на базі існуючих закладів. Нові заклади створюються, аби наблизити первинну допомогу до місця проживання людей. У пілотних регіонах не є обов'язковим штатний розпис, і сімейні лікарі можуть самі визначати кількість необхідного адміністративного персоналу.
За 6 місяців лікарі не можуть перекваліфікуватися на професійних сімейних лікарів	У Молдові перекваліфікація на сімейних лікарів тривала 4 місяці. У Туркменістані за рік лікарі первинної ланки стали сімейними лікарями.
Потрібно швидко впровадити медичне страхування, яке збільшить фінансування системи охорони здоров'я в Україні.	Впровадження медичного страхування не гарантує збільшення фінансування системи охорони здоров'я і потребуватиме додаткових ресурсів.
Амбулаторії треба обладнати устаткуванням для діагностики і лабораторних досліджень.	Це занадто дорого. Доцільніше надати сімейному лікарю недорогі скринінгові тести та/або організовувати централізований забір аналізів в амбулаторії та їх доставку до діагностичних центрів.
Лікарні треба обладнати високоточними новими приладами	Нове потужне обладнання доцільно концентрувати на високоспеціалізованому рівні для забезпечення його безперервного використання, що ефективніше і менш затратно.

Єдині центри екстреної допомоги будуть «надбудовою» з великим адміністративним апаратом та невиправданими адміністративними витратами, що відтягнуть і так мізерні ресурси служби швидкої допомоги

Джерело: складено авторами

Одночасно, широкою є прірва між теоретиками реформи і практикуючими лікарями. За обмежених ресурсів в центрі хочуть швидко провести реформу якомога меншим коштом, в деяких випадках покладаючи на лікарів непосильний, як ті вважають, вантаж додаткових обсягів робіт, відповідальності за організацію роботи медзакладів за обмеженого фінансування і скорочення кадрів.

Ефективне подальше впровадження реформи залежатиме від того, наскільки центральні органи влади і місцеві не тільки чутимуть (з цим, начебто, проблем немає), а і слухатимуть один одного. Так само важливо дослухатись до думки лікарів-практиків, які несуть основний вантаж

***Реформа медицини перш за все
потрібна людям і лікарям, чия думка і
інтереси варто врахувати***

реформи.

Розпочаті реформи довгострокові і для отримання результату потребують послідовних і тривалих змін. І хоча консенсусу щодо реформ досягти дійсно важко, бо ситуація, коли громадськість і різні групи інтересів виступають проти реформування системи охорони здоров'я, звична для більшості демократичних країн, сьогоднішній вир пристрастей навколо реформи робить її надто уразливою до змін у політичному середовищі. Уже зараз, напередодні парламентських виборів, різні політичні партії задля підвищення рейтингу закликають до призупинення реформ. Ймовірно є також можливість загальмування реформ партією влади через небажання втрачати свій рейтинг.

Єдині центри екстреної допомоги сконцентрують адміністративне і диспетчерське управління в одному місці, зменшивши адміністративні витрати.

Насправді, реформа потрібна перш за все не політикам, так як принесе користь лише в перспективі, а наші державні мужі рідко мислять стратегічними цілями, а людям і лікарям і їхню думку треба вислухати. У разі, якщо реформа втілюватиметься без належного урахування поточних інтересів пацієнтів, є великий ризик того, що вона залишиться «частковою», і це призведе до погіршення і без того поганого стану вітчизняної медицини.

Тому рух у бік до ефективнішого управління реформами, що передбачає пошук консенсусу на місцях і залучення громадських експертів, лікарів та пацієнтів, є важливим для того, аби потяг реформ не зійшов з рейок. При цьому дійсно варто очікувати, що деякі зміни доведеться пригальмувати, а також витрати час і кошти на кращу організацію процесу реформ і на роз'яснення змін, що відбуваються.

Кадри вирішують все

Успіх реформ з огляду на якість медичних послуг, і економію грошей не так залежатиме від того, чи змінять терапевти і педіатри місце роботи з поліклініки на центр первинної допомоги (це може бути та сама будівля), а від того чи запрацюють у системі якісні сімейні лікарі, які користуватимуться довірою населення. Тільки з кваліфікованими сімейними лікарями первинна допомога буде приносити очікувану «додану» вартість.

***Від сімейних лікарів залежить
сприйняття реформи громадськістю***

В пілотах потрібну кількість сімейних лікарів планують підготувати до 2014-2015 років, а з 2020 року лише сімейні лікарі мають працювати на первинній ланці в усій Україні. Враховуючи кадровий дефіцит в медичній галузі, високу

кількість медичного персоналу пенсійного і передпенсійного віку, низьку поточну мотивацію молоді обирати відповідну спеціалізацію ці плани можна поставити під сумнів. Крім того, за більш ніж десятиріччя реформ з усіх країн Балтії та Центральної Європи лише Естонії вдалося повністю передати первинну допомогу сімейним лікарям. В інших країнах на первинній ланці можуть паралельно працювати педіатри, гінекологи, офтальмологи і інші лікарі.

Крім того, гонитва за підготовкою якомога більшої кількості сімейних лікарів може негативно позначатися на якості їх підготовки. На сьогодні за катастрофічної нестачі сімейних лікарів в пілотних регіонах, курси їх перепідготовки обмежують за часом (замість поточних 6-місяців з 2013 планується перенавчати лікарів 4 місяці очно і 2 заочно) і наповненням (зменшується час на вузькі цикли з офтальмології, психіатрії, отоларингології тощо), а також не вистачає можливостей для практичної підготовки майбутніх сімейних лікарів. Навчені сімейні лікарі часом мають працювати в умовах надмірного навантаження за обмеженої кількості медсестер і допоміжного персоналу, потрібного обладнання і санітарного автотранспорту та отримувати оплату, яку важко назвати стимулюючою за цих умов. Відповідно практикуючі сімейні лікарі не можуть продемонструвати населенню очікувані переваги первинної медицини.

Пріоритет має надаватись якісній підготовці сімейних лікарів і їх мотивації

Забезпечення зростання кількості сімейних лікарів має ґрунтуватися на підвищенні їх мотивації. Новий метод оплати наразі недосконалий, стимулюючи сімейних лікарів насамперед до понаднормових обсягів робіт, що може відбуватися за рахунок якості їх роботи і де мотивувати сімейних лікарів. Послідовне вдосконалення мотивації сімейних лікарів до якісної праці і покращення їх умов праці є

необхідною умовою успішного впровадження первинної медицини в Україні.

Отже, необхідно знайти баланс між швидкістю наповнення первинної ланки сімейними лікарями, якістю їх підготовки; обмеженими ресурсами і забезпеченням належних умов праці сімейним лікарям та їх мотивацією. Якісна підготовка та мотивація до праці мають бути в пріоритеті.

Щодо курсів для сімейних лікарів, то необхідно врахувати думку фахівців з багаторічним досвідом підготовки таких спеціалістів та практикуючих сімейних лікарів, і розглянути можливості залучення донорської допомоги і міжнародних фахівців для вдосконалення програм і розширення можливостей підготовки сімейних лікарів.

Без грошей реформи не буде

Після першого етапу реформ у пілотах очевидною є хибність сподівань, що реформу можна провести за рахунок внутрішніх ресурсів — шляхом вивільнення коштів від перепрофілювання та закриття лікарень і скорочення лікарняних ліжок. Насправді, проведення реформи потребує значних фінансових ресурсів, зокрема грошей на будівництво/ремонт та оснащення мережі закладів первинної допомоги; на навчання, перенавчання і мотивування лікарів первинної ланки; на організацію і оснащення екстреної допомоги, не кажучи вже про супутні необхідні витрати на інформаційну кампанію про реформи, запуск нових транспортних маршрутів від віддалених районів до лікарень вторинного рівня, будівництво або покращення стану доріг, відкриття соціально-медичних закладів тощо.

Проведення реформи без виділення додаткових коштів із бюджету неможливе

Подальша реорганізація медичних закладів вторинного рівня, впровадження по всій Україні Закону «Про електронний реєстр пацієнтів» (дозволить вести електронну медичну картку

пацієнта та стане основою для збору даних про пацієнтів) та Закону «Про екстрену допомогу» також потребуватиме додаткового фінансування.

Ситуація з дефіцитом бюджетних коштів для реформування за умов повільного посткризового відновлення погіршує можливості для адекватного фінансування реформи. Але скорочення персоналу і закриття медичних закладів для вивільнення фінансових ресурсів всередині медичної галузі без належного врахування фактичної структури і обсягу послуг, які вони надають, та попереднього створення нових можливостей для доступу населення до медичної допомоги може спричинити зниження доступності і якості медичних послуг та підвищення вже зараз високого градусу анти-реформаторських настроїв серед громадян і населення, які радо підіграють противники реформ.

З огляду на нестачу коштів особливим марнотратством видаються передбачені бюджетом значні кошти на лікування депутатів і утримання відомчих медичних закладів, на що, за нашими підрахунками, в 2012 році заплановано витратити близько 5% від загальних витрат зведеного бюджету системи охорони здоров'я. Ці витрати в 5 разів більші за загальну суму субвенцій, які мають виділити пілотним регіонам у 2012 році для придбання обладнання і автотранспорту для вторинного та первинного рівнів та закупівлю медикаментів для «швидких» (дивіться таблицю 2). Для цілей порівняння, можна припустити, що грошей, передбачених на лікування депутатів і утримання відомчих лікарень, вистачило б, щоб обладнати медичні заклади первинної допомоги 6-7 областей України.

Уведення в дію Закону «Про медичне страхування», на який покладають надії багато лікарів і громадських організацій, планується лише на 2014-2015 роки. Але на думку багатьох експертів, медичне страхування в Україні не гарантовано призведе до збільшення витрат на охорону здоров'я і при цьому може обмежити уразливі групи найбільш вразливих громадян у доступі

до медичної допомоги. Іншою альтернативою є збереження бюджетного фінансування охорони здоров'я, що працює і в багатьох інших країнах.

Таким чином, реформування має відбуватися з залученням додаткового бюджетного фінансування, послідовного перерозподілу існуючих ресурсів на охорону здоров'я шляхом зваженого і поступового перепрофілювання та скорочення медичних закладів, пошуком додаткових не бюджетних ресурсів, визначенням першочергових пріоритетів спрямування додаткових ресурсів, перепорядкуванням і перепрофілюванням відомчих лікарень тощо.

Реформа: бути чи не бути?

Сьогодні, напередодні парламентських виборів, непопулярний процес реформ може загальмуватися, особливо враховуючи необхідність розпочати в перспективі ще більш складний процес реформування вторинного рівня допомоги. Надалі в залежності від сформованої більшості і нового уряду процес реформування може бути зупинений, скоригований чи продовжений. Ймовірні економічні і соціальні потрясіння через нестабільність економічного середовища і уповільнення економічного зростання після виборів також можуть завадити реформуванню.

Однак, зупинка реформ несе ризик подальшої повної деградації медичної галузі. Більш бажане продовження розпочатих реформ обіцяє бути тривалим і важким, і показати вагомий позитивні результати лише за 5-10 років. Успішність процесу реформування суттєво залежатиме від ефективного управління, покращення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я та адекватного фінансування галузі.

Зупинка реформування може виявитися в перспективі ще гіршою за його продовження

Але водночас впровадження сімейної медицини незадовільної якості з віддаленням вторинного

рівня від пацієнта несе ризик погіршення фактичної доступності медицини для населення, особливо сільського, при тому що показники госпіталізації, кількості ліжок будуть формально покращуватися. Більш-менш фінансово спроможні люди будуть самостійно шукати спеціалістів, якщо сімейні лікарі їх не влаштовуватимуть. Це може і далі збільшувати неформальні платежі у секторі та/або стимулювати розвиток приватної медицини. Недофінансування лікарень вторинної ланки можуть призвести до подальшої демотивації медичного персоналу, зростання неформальних платежів, погіршення доступу населення до стаціонарної медичної допомоги.

Водночас громадськості не варто очікувати «привабливішої» реформи. Вона в будь-якому разі передбачатиме закриття медичних закладів, скорочення кількості ліжок і медичних працівників. Якщо ж через ці непопулярні кроки не проводити реформи, те саме в більших масштабах станеться згодом, коли не буде лікарів, аби працювати в аварійних неремонтованих лікарнях та остаточно видують з ладу залишки радянського медичного обладнання.

Громадськість має не зупиняти, а контролювати реформу

Отже, громадським організаціям, а саме асоціаціям медичних працівників, профспілкам, пацієнтським організаціям тощо, варто вимагати не зупинки реформ, а кращої організації їх проведення та контролювати зміни, що відбуваються:

- у разі перепрофілювання (закриття) медичного закладу в сільській місцевості за значної відстані до районної лікарні першочергово оснастити відкриту амбулаторію і укомплектувати її лікарями; пришвидшити відкриття запланованих різнопрофільних медичних закладів (діагностичних та реабілітаційних центрів, хоспісів) замість закритих стаціонарів;

організувати додатковий транспорт до стаціонарів і спеціалізованих лікарів; забезпечити приїзд найпотрібніших лікарів для обстеження у певні дні з району тощо.

- покращити якість курсів перепідготовки сімейних лікарів, створити їм належні умови праці і контролювати якість їх роботи
- проводити моніторинг, чи достатньо обладнаними є центри і амбулаторії; скільки часу витрачає пацієнт на сидіння в чергах; чи зменшується потреба пацієнтів у зверненні до спеціалістів тощо. Ця інформація може бути спрямована до керівництва центрів і до органів, що проводять реформування, аби покращити їхню роботу
- контролювати, чи скорочення фінансування стаціонарів не призводить до нестачі ліжок, коли пацієнтів кладуть у коридори; чи не збільшуються черги до спеціалістів і на госпіталізацію; чи не збільшується сума «благодійних внесків» та витрат на медикаменти;
- вимагати, аби витрати на медичне обслуговування депутатів було зменшено, а відомчі медичні заклади оптимізовано.

Насправді, певна робота за вказаними напрямками вже проводиться. Громадська рада при Донецькій обласній адміністрації веде блог і таким чином інформує громадськість про реформи: <http://gromradon.blogspot.com/>.

Всеукраїнська Громадська Організація «Коаліція захисту прав інвалідів та осіб із інтелектуальною недостатністю» наразі проводить моніторинг, як реформи охорони здоров'я впливатимуть на надання послуг інвалідам. Громадська платформа з питань медичної реформи у Дніпропетровську відвідує відкриті центри первинної допомоги, опитує працівників. ГО «Здоровий Київ» домагається участі медичних працівників у дорадчих робочих групах щодо проведення медичних реформ у Києві, аби інтереси медиків були враховані при реформуванні. Асоціація сімейних лікарів надає рекомендації для вдосконалення курсів перепідготовки сімейних лікарів. 

CASE УКРАЇНА
вул. Дегтярівська 25А, корп. Г
офіс 310
Київ, 04119

Тел.: +38 044 227-53-17
Факс: +38 044 483-52-00

Керівник проекту:
Володимир Дубровський
dubrovsky@case-ukraine.kiev.ua

Проект виконується за підтримки Інституту
відкритого суспільства



case-ukraine.com.ua