



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% - відклали 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. Несприйняття підсилюється адміністративним проштовхуванням реформ «зверху», сумнівами щодо правомірності деяких змін, хаосом, створеним у роботі медичних закладів, порушенням усталених та звичних для пацієнтів і лікарів систем взаємин і низькою непопулярних кроків зі скорочення медичних працівників і закриття медичних закладів. Перші кроки з реформування тим не менш є здебільшого рухом у правильному напрямку, однак вони занадто поспішні й недостатні для позитивних зрушень у якості надання медичної допомоги, і, натомість, несуть великі поточні ризики для населення, які вимагають адекватних

¹ <http://www.vz.kiev.ua/?p=2081>

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.

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 корегувати «гострі кути» реформування, контролювати проведені зміни і стимулювати ключові реформи, без яких наявні перетворення не принесуть бажаних результатів.

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

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 послуг¹.

терапевтичну та педіатричну допомогу, лікування легких травм, проведення нескладних операцій, ведення нормальної вагітності, надання невідкладної допомоги і профілактичну роботу з попередження хвороб. Розвинена первинна 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 пацієнт безпосередньо звертається до вузького спеціаліста, оминаючи терапевта. У деяких випадках це 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 вузьких

спеціалістів і слідкує за перебігом лікування на вторинному рівні, консультує пацієнтів по телефону, надає невідкладну допомогу пацієнтам при потребі, а також проводить 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 законодавчо сімейна медицина була закріплена як один із рівнів медичної допомоги ще у 1990-х роках, але почала впроваджуватися лише у 2000-х роках. Міжнародні організації (ЄС, ВООЗ, СБ) радили Україні впроваджувати сімейну медицину і допомагали у її організації. Але до початку реформ розвиток сімейної медицини відбувався повільно: в 2010 році загальна кількість сімейних лікарів складала

тільки 22% від кількості сімейних лікарів, потрібних, аби забезпечити надання медичних послуг всьому населенню України.

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 скоротилася в 2,5 рази, показники смертності населення, що обслуговується у приватних сімейних лікарів, значно нижча, а індекс здоров'я дітей першого року життя відповідно вищий.

Реструктуризація мережі медичних закладів

Україна успадкувала інфраструктуру лікарень з радянських часів, що за роки незалежності структурно майже не змінювалася. На сьогодні мережа є роздутою, медичні послуги не виправдано 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 населення, 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 ліжок².

² 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 неможливе через заборону статтею 49 Конституції України 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,

відтягуючи початок реформування. Натомість, йдеться про перепрофілювання лікарень: дільнична лікарня, наприклад, може перетворитися або в амбулаторію сімейної медицини, або в хоспіс, а коли справа дійде до створення госпітальних округів, деякі центральні районні лікарні можуть бути перетворені 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

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

порівнянні з іншими країнами – лише 56,3% від загальної суми витрат (3,7% ВВП).

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

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.

Україні можуть бути ще набагато вищими за вказані 7,8%. ВВП³.

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 міністерських і урядових лікарень, які отримують 7% від державних витрат на ОЗ, хоч становлять 0,5% від кількості усіх медичних закладів⁴, 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%). «Мізер» залишається на оновлення обладнання і інші цілі, які часто фінансуються з так званих «благодійних» внесків пацієнтів чи на кошти спонсорів⁵.

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

³ Державний комітет статистики України. *Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році*.

⁴ Матеріали конференції «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», м. Київ, 2009.

⁵ 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.

фінансовому секторі. Для порівняння заробітна плата медиків у Болгарії становить 572 €, у Литві – 700–800 €, в Португалії – 898 €, у Словенії – 1571 €, у Фінляндії – 2536 €⁶. 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 смішні гроші. Реформатори вирішили, що реформування можна провести без залучення додаткового фінансування, адже воно вивільниться при оптимізації мережі. 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 встановленої 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 і 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»

⁶ Там само.

ресурсів, створити єдину вертикаль управління службою та провести інформатизацію роботи «швидкої», аби забезпечити її приїзд до пацієнта в місті за 10 хвилин, в селі за 20 хвилин. В пілотних регіонах згідно з планами реформування мають створюватися єдині диспетчерські центри, які мають приймати виклики і скеровувати «швидкі» по всій області, та додаткові пункти базування швидкої допомоги при амбулаторіях, аби забезпечити доступ до екстреної допомоги навіть найвіддаленішим населеним пунктам.

Реалізація реформ

Реформа охорони здоров'я в основному проштовхується «згори» з використанням адміністративних важелів. Донецька область несподівано для себе опинилась у списку пілотних областей ймовірно за одноособовим рішенням губернатора А. Шишацького через вказівку з центрального рівня, що запустило реформи, але без справжнього бажання їх реалізовувати. Оскільки реформування у пілотах було більше ініціативою центральних органів влади, аніж місцевої, то зміни в пілотах часто пригальмовували через очікування вказівок і роз'яснень за умов відставання у підготовці необхідних нормативних актів МОЗом і урядом. Однак, якщо б у реформах була зацікавлена місцева влада, то існуюче законодавство могло б бути достатнім для проведення реформ.

Політична воля «зверху» рухає реформи

Підготовка потрібних нормативних актів щодо реформ на першому етапі часто затримувалася, або ж підготовлені акти нечітко визначали ключові для реформування поняття. 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

іншим⁷. 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.

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.

Щодо практичної реалізації, то на сьогодні в пілотах вже майже повністю сформований рівень первинної допомоги, хоча стислі терміни та поспіх із відкриттям мережі закладів за їх неуккомплектованості ані обладнанням, ані лікарями спровокував хаос у роботі медичних закладів і нерозуміння нововведень із боку пацієнтів. Наразі виділяються кошти на оснащення лікарень і впровадження нової стимулюючої системи оплати для сімейних лікарів.

У пілотах скорочується кількість ліжок і у більшості скорочуються кадри. Перепрофілювання деяких медичних закладів, насамперед дільничних лікарень, призводить до віддалення вторинної медичної допомоги, але натомість вводяться додаткові підстанції швидкої допомоги.

У цілому пілоти справляються з запланованими реформами, хоча супротив місцевої влади, нестача кадрів та обмежене фінансування робить процес реформування великим організаційно-фінансовим викликом.

⁷ Права людини в галузі охорони здоров'я. — 2011. — Харків: права людини, 2012 р. — 208 с.

Створення мережі первинної медицини

У пілотних областях уже майже сформована мережа закладів первинної допомоги – центри первинної медико-санітарної допомоги, що включають амбулаторії та ФАПі. Відкриття центрів і амбулаторій в областях відбувалось насамперед шляхом перепрофілювання 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 ФАПі. 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.

Болісною проблемою є нестача сімейних лікарів. Пілотам необхідно близько 8,5 тис. сімейних лікарів⁸, 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%.

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

Швидкісне 6-місячне перенавчання терапевтів, педіатрів і інших спеціалістів на сімейних лікарів часто відбувається через загрозу бути скороченими, а не з власного бажання, викликає недовіру населення до перекваліфікованих лікарів і стає найпотужнішою перепорою у сприйнятті реформ. Пацієнти не довіряють сімейним лікарям, і емоційно реагують на розформування, наприклад, жіночих консультацій, адже не очікують отримати якісну гінекологічну допомогу від сімейного лікаря.

Первинна мережа закладів медичної допомоги майже сформована, але поспіх у її впровадженні спричинив хаос та незадоволення населення

Через нестачу сімейних лікарів, їх неготовність надавати всі покладені на них функції, недообладнання центрів і амбулаторій багато пацієнтів не задоволені реформуванням. 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.

Через нестачу обладнання чи лікарів пацієнтів з центрів первинної ланки відправляють у територіально віддаленіші поліклініки та лікарні, тим самим не наближуючи первинну допомогу до них, а навпаки змушуючи долати нові перепони і відстані.

Аби мотивувати сімейних лікарів і стимулювати до якісної праці, наразі впроваджується новий метод оплати праці лікарям за обсяги та якість послуг. Оплата праці сімейного лікаря залежатиме 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.

Отже, новий метод оплати винагороджує сімейних лікарів, які мають багато пацієнтів, серед яких багато дітей і літніх людей; мотивує їх до профілактичної діяльності і до лікування пацієнтів самостійно без невиправданого направлення до спеціалістів. Тільки зараз в пілотах починається виплата заробітної плати за новим методом, під що вже виділене фінансування. Однак, поки що оплата буде розраховуватися швидше за все лише за

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	47
% від потреби	30%	19,5%	18%	2,4% (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

обсягами надання медичної допомоги, оскільки для визначення вікового складу прикріпленого до лікаря населення ще треба створити електронний реєстр пацієнтів. Окрім того, для розрахунку якісних показників ще немає інструкції МОЗа. За словами різних посадовців, новий метод зможе збільшити оплату праці з нинішньої середньої заробітної плати (див. Таблицю 1) до 3800-5000 грн.; а за «стаханівську» працю сімейний лікар зможе отримати 7000-8000 грн.; але тільки згодом ми побачимо, скільки лікарі отримуватимуть насправді.

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 вірять, що їм дійсно будуть оплачувати їхні послуги у вказаному розмірі, і через не надто приємну необхідність мати справу з податковими органами. Крім того, щонайменш в Київській області, мають місце випадки, коли місцева влада не виплачує сімейним лікарям належну їм винагороду.

Сімейні лікарі отримуватимуть гроші за обсяги і за якість роботи

У цілому за рік у пілотах зроблено багато, аби впровадити первинну ланку. Проте варто було б очікувати, що вона одразу запрацює і покаже результати. Для успішності первинної ланки необхідно докласти ще багато зусиль. Ключовим моментом стане те, наскільки держава зможе забезпечити якісну підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації сімейних лікарів і достатньо їх вмотивує.

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). 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 планується.

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

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). Через незадовільний



розклад руху громадського автотранспорту, високу вартість проїзду, жакливі дороги сільським жителям буде 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.

Громадськість непокоїть, що реструктуризація медичних закладів і звільнення працівників проходять непрозоро 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 вдесятеро сильнішим викликом для тих, хто проводить реформи та має наштотвхнутися на двадцятьоро сильніший опір з боку місцевих органів управління, лікарів і громадськості, адже цей поділ означатиме подальше скорочення і «перетасовку» медичних закладів. Області інколи ідуть найлегшим шляхом, пропонуючи

сільського району не вирішує питання роздутості мережі і розпорошеності кадрів.

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

Наразі 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.

Фінансування реформи

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 автомобілями для

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

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

сімейних лікарів, на медикаменти та на закупівлю карет швидкої допомоги. Пілоти, як правило, також продовжують генерувати власні кошти для проведення реформ. Реформування за свої кошти в не пілотних областях, хоч це може збільшувати ризики від реформи для населення,

вітається у центральних органах влади, які прагнуть, аби гроші на реформи знаходили «всередині системи охорони здоров'я». Нестача грошей на проведення реформ стимулює місцеву владу оптимізувати витрати шляхом перепрофілювання (закриття) лікарень, скорочення ліжок та кадрів.

За нашими попередніми оцінками, виділених з державного бюджету коштів має вистачити на забезпечення хоча б 1 автомобілем усіх відкритих амбулаторій та центрів, а от грошей на обладнання і ремонт первинної мережі може не вистачити (в залежності від того, скільки коштів на ці потреби виділятимуть місцеві бюджети).

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 ланку закладів охорони здоров'я (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.

Недофінансування лікарень відкриває шлях до їх закриття або скорочень лікарняних ліжок і персоналу

У Дніпропетровській області, наприклад, мала місце ситуація, коли флюорографічний апарат перебував на балансі первинної ланки (куди виділялися гроші на фінансування флюорографії), а фізично знаходився у лікарні вторинного рівня. Проблеми нестачі коштів на вторинному рівні вирішуються через передачу деяких функцій, що потребують грошей, на тепер «багатший» первинний рівень, пошук додаткових джерел фінансування і іншими способами. У Донецькій області, не зважаючи на субвенції, заявляють про нестачу коштів, як для первинного, так і для вторинного рівнів. У

Дніпропетровській області кажуть, що нестача коштів для вторинного рівня не повністю відповідає дійсності: наявне фінансування не дозволяє витратити кошти на ремонти лікарень, але зростають витрати на харчування та медикаментозне забезпечення пацієнтів стаціонарів.

Поки що не впроваджується фінансування медичних закладів за обсягами надання медичних послуг та їхньою структурою. Ще на законодавчому рівні немає визначення «медичних послуг» і не визначена їхня вартість. Ймовірно, що лікарні фінансуються у межах наявних коштів, і за «гнучкості» штатних нормативів це може «стимулювати» закриття зовсім недофінансованих закладів та призвести до подальших скорочень ліжок і персоналу.

Таким чином, у кінці 2012 року в пілотах вже має бути створена достатньо оснащена обладнанням і автотранспортом мережа первинних закладів. Однак, фінансування все одно не вистачає особливо закладам вторинного і третинного рівнів. При цьому лікарні вторинного рівня можуть існувати в межах наявного фінансування

Екстрена допомога

У пілотних регіонах в кінці 2012 або в 2013 році готуються до відкриття єдиних диспетчерських центрів, які керуватимуть «швидкими», 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 намагаються поширити на всю Україну шляхом прийняття закону «Про екстрену медичну допомогу» (зараз прийнятий у першому читанні).

Законом передбачається об'єднання служби швидкої допомоги та служби медицини катастроф, створення в кожній області центрів екстреної медичної допомоги, що стануть адміністративними органами, які координуватимуть служби і здійснюватимуть диспетчерське управління. Створення єдиної вертикалі має зосередити управлінський апарат в одному місці та впорядкувати фінансові потоки завдяки централізації обласного управління. Спеціалізовані бригади екстреної допомоги мають бути замінені більш універсальними фельдшерськими бригадами, що дозволить укомплектувати службу за постійного дефіциту кадрів.

Практикуючі лікарі швидкої проти нововведень, оскільки вважають, що об'єднання швидкої з медициною катастроф і створення єдиного центру призведе до значних додаткових витрат, в тому числі на адміністративний апарат, тоді як ці гроші слід було б спрямувати на 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). На місцевому рівні, зокрема у Вінниці, теж є противники впровадження єдиного диспетчерського центру, що позбавить місцеву владу можливості впливати і контролювати роботу «швидкої».

У пілотах реформування екстреної допомоги відбувається паралельно з виділенням додаткового фінансування та оснащенням служби швидкої допомоги, однак, у випадку прийняття законопроекту реформування екстреної медицини по всій Україні вператиметься у потребу виділення значних коштів.

Ключові проблеми реформування

Реформи викликають несприйняття у великій кількості людей, громадських організацій і лікарів, що частково пояснюється нерозумінням сенсу перетворень, частково – непрозорістю реформування, але найбільше – тими додатковими проблемами, які реформи створюють для людей.

У таблиці 3 представлено аргументи громадськості «проти» реформ та відповідні аргументи влади «за» реформи.

Стислі терміни впровадження первинної медицини, коли існуючі сьогодні заклади перепрофільовуються, а нові відкриваються необладнаними і без лікарів відповідної якості, дійсно мають 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 недообладнані. 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, які пройшли 6-місячні курси, не довіряють. У 60-80% випадків населення не вірить, що ці лікарі їм допоможуть. Це підтверджується численними випадками, коли сімейні лікарі не знають, як лікувати пацієнта і той, як і раніше, прямує до спеціаліста.
- 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.

Реформи викликають несприйняття через незрозуміння, непрозорість але передусім через проблеми, які вони створюють

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 потрібен час, за який якість медичної допомоги населенню і її доступність швидше за все впаде.

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 Президенті 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.

Оскільки непопулярна реформа в основному проштовхується «зверху» місцева влада в районах і містах, яка, крім іншого, має перепрофілювати свої лікарні і передавати спеціалізовану допомогу на рівень області, часто або чинить відкритий супротив реформам, або затягує впровадження небажаних змін. Недостатня робота з роз'яснення щодо реформування і недостатнє залучення до обговорення змін об'єднань лікарів і громадських організацій підсилює очікувану негативну реакцію громадськості на проведення реформ.

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, теперішнє проштовхування реформ згори без намагання порозумітися з лікарями та громадськістю робить реформу ще більш уразливою до змін у політичному середовищі. Уже зараз, напередодні парламентських виборів, різні політичні партії задля підвищення рейтингу закликають до призупинення реформ. Ймовірно є можливість загальмування реформ партією влади через небажання втрачати свій рейтинг.

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

Насправді, реформа не потрібна політикам, які в Україні не мислять стратегічними цілями, але реформа потрібна людям і лікарям, а отже, їхню думку треба вислухати. 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.

Таблиця 3: Поширені аргументи «проти» та «за» реформування¹

Позиція громадськості	Позиція реформаторів
Закриття лікарень залишає людей без медичної допомоги. Люди змушені долати 30–40км 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.	Заклади 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 організувати 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 «надбудованою» з великим адміністративним апаратом та невиправданими адміністративними витратами, що відтягнуть і так мізерні ресурси служби швидкої допомоги	Єдині центри екстреної допомоги сконцентрують адміністративне і диспетчерське управління в одному місці, зменшивши адміністративні витрати.

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.

Зараз сімейних лікарів катастрофічно не вистачає, якість їх перепідготовки і здатність виконувати покладені на них функції за 6-місячних курсів, браком викладачів із сімейної медицини та за відсутності центрів для практичних занять викликає сумніви, а мотивація, хоч ми констатували позитивні зрушення у цьому напрямку, поки недостатня. Хоча, у Молдові перекаліфікація на сімейних лікарів проводилася в кінці 1990х на короткострокових (близько 4-х місяців) курсах за допомогою міжнародних організацій, але це також було серйозною перепоною для довіри пацієнтів до цих лікарів і давало підґрунтя для критики реформ.

Хоча медичні виші вже тривалий час готують сімейних лікарів, на сьогодні маємо лише 8500 таких спеціалістів, при чому тільки 15% з них мають університетську освіту, інші – пройшли перепідготовку. Згідно з офіційними розрахунками до 2020 року, коли первинна допомога повинна буде надаватися винятково сімейними лікарями, в Україні буде підготовлена вся необхідна кількість сімейних лікарів (в пілотах планують закінчити перепідготовку кадрів до 2014–2015 рр). Однак, 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.

Сумніви щодо доречності і можливості швидко перевчити лікарів на сімейних викликає вікова структура дільничних терапевтів і педіатрів, 40-60% яких люди пенсійного і передпенсійного віку. Ці люди, як правило, мають усталені погляди, досвід, давно закінчували університет і мають низьку мотивацію до отримання нових знань.

Від якості послуг сімейних лікарів залежить сприйняття реформи громадськістю

Забезпечення зростання кількості сімейних лікарів має відбуватися шляхом їхньої мотивації. Новий метод оплати передбачає підвищення заробітної плати та мотивацію до роботи. Але поки складається враження, що він перш за все стимулюватиме сімейних лікарів до більших обсягів роботи (в 1,5–2 рази більше норми). Це стимул, аби сімейні лікарі за їх нестачі брали на себе більше роботи. Але перенавантаження сімейних лікарів не сприятиме ані покращенню якості послуг, які вони надаватимуть, ані мотивуватимуть інших примірити халат «сімейного лікаря».

Якщо пацієнти не відчують, що за нової системи їм надають кращі та зручніші послуги, підтримки реформи не буде. За нестачі сімейних лікарів також не можлива їх конкуренція через вже затверджений вільний вибір пацієнтами лікаря, а значить і покращення якості їх послуг. Тому

потрібно вкладати більше грошей, в тому числі залучити й донорські кошти, для покращення якості курсів перекваліфікації лікарів, університетських курсів, програм навчання викладачів, продумати систему постійного підвищення кваліфікації практикуючих сімейних лікарів і контролювати якість наданих ними послуг, аби зменшити ризики помилок «універсальних» лікарів. Система мотивації сімейних лікарів має вдосконалюватися за рахунок введення оплати за якість наданих медичних послуг.

Без грошей реформи не буде

Після першого етапу реформ у пілотах очевидно 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 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. Для 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» необхідно буде виділити додаткові кошти.

Проведення реформи без виділення коштів із бюджету неможливе

Створення госпітальних округів, хоч воно і передбачає докорінне перепрофілювання медичних закладів і мало б призвести до

значного скорочення лікарняних ліжок, відділень і концентрації ресурсів, теж вимагає великої кількості додаткових ресурсів на ремонт, оснащення, мотивацію медичного персоналу вторинного рівня, розбудову потрібної інфраструктури тощо.

Отже, продовження реформ в пілотах і по всій Україні потребуватиме збільшення державних витрат на охорону здоров'я, хоча, в тому числі через обмеженість ресурсів з огляду на повільне посткризове відновлення, наразі немає політичної волі до збільшення державного фінансування галузі. Недофінансування реформ загрожує провалом реформування.

З огляду на це, 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). Можна припустити, що грошей, передбачених на лікування депутатів і утримання відомчих лікарень, вистачило б, щоб обладнати медичні заклади первинної допомоги 6-7 областей України.

Якщо задля залучення грошей на реформи відбуватиметься фінансовий «тиск» на лікарні, у тому числі скорочення відділень, ліжок, персоналу або взагалі закриття медичних закладів без врахування особливостей їхньої структури і обсягу послуг, то це може спричинити зниження доступності і якості медичних послуг, а отже, нову хвилю соціальних протестів.

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.

Реформа: бути чи не бути?

Сьогодні, напередодні парламентських виборів, непопулярний процес реформ, особливо стосовно створення госпітальних округів, може загальмуватися. Надалі в залежності від сформованої більшості і нового уряду процес реформування може бути зупинений, скорегований 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. Успішність процесу реформування суттєво залежатиме від ефективного управління, покращення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я та адекватного фінансування галузі.

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 покращуватися. Більш-менш фінансово спроможні люди будуть самостійно шукати спеціалістів, якщо універсальні сімейні лікарі їх не влаштовуватимуть. Це може і далі збільшувати неформальні платежі у секторі та/або стимулювати розвиток приватної медицини. Ті, чий дохід нижче середнього, змушені будуть отримувати допомогу у спеціалістів, за якими вони закріплені, але за існуючої в Україні системи не зможуть захистити свої права у випадку лікарських

помилки. Недофінансування лікарень вторинної ланки можуть призвести до подальшої демотивації медичного персоналу, зростання неформальних платежів, погіршення доступу населення до стаціонарної медичної допомоги.

Зупинка реформування може виявитися в перспективі ще гіршою за його продовження


Отже, громадським організаціям, а саме асоціаціям медичних працівників, профспілкам, пацієнтським організаціям, громадським радам з питань охорони здоров'я тощо, варто вимагати не зупинки реформ, а покращення якості їх проведення:

- пришвидшити відкриття соціально-медичних закладів (хоспісів) замість закритих стаціонарів, вимагати введення для літніх людей додаткового транспорту, аби вони могли дістатися до стаціонарів і спеціалізованих лікарів, забезпечити приїзд найпотрібніших лікарів для обстеження у певні дні з району тощо;
- покращити якість перепідготовки сімейних лікарів, контролювати якість їхніх послуг;
- моніторити, 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 скасовано, а відомчі медичні заклади перепрофільовано.

Громадськість має не зупиняти, а контролювати реформу

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. 

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