

Парламентські слухання як відкрита площадка для загальнодержавного обговорення реформи у сфері охорони здоров'я

Відповідно до Програми економічних реформ України на 2010–2014 роки «Зможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», головною метою реформи медичної сфери є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу всіх громадян до медичних послуг належної якості. Нагадаємо, що у зазначеному документі виділено три етапи реформ. Саме зараз триває III її етап (до кінця 2014 р.), до завершення якого має бути закінчено переведення всіх медичних закладів на систему контрактних відносин між замовником і постачальником медичних послуг, запровадження єдиної методики розрахунків вартості медичних послуг, що оплачуються державою, та підготовка до запровадження обов'язкового соціального медичного страхування. Пералік заходів на кожен рік коригується відповідно до об'єктивних реалій, які постійно змінюються, і затверджується Указом Президента України у вигляді Національного плану дій на поточний рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки.

Нагадаємо також, що із здобуттям незалежності України у спадок від колишнього СРСР перейшла система охорони здоров'я, побудована за моделлю Миколи Семашка, яка за своєю суттю є системою з переважно державним фінансуванням. В умовах ринкової економіки така система за роки незалежності себе не виправдала, тому держава, судячи за задекларовані у рішеннях Президента й Уряду наміри, взяла курс на поступовий перехід від системи з переважно державним фінансуванням до системи охорони здоров'я на засадах страхової медицини (докладніше про системи охорони здоров'я — див. у публікації «Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті». — Дрим. автора). Ця реформа, безперечно, має бути одним із найважливіших важелів поліпшення якості й доступності медичного обслуговування населення, підвищення ефективності державного фінансування охорони здоров'я, створення стимулів для здорового способу життя населення та здорових умов праці громадян. Головним її результатом має бути забезпечення рівного і справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг належної якості, що є однією з основних заповрок поліпшення стану здоров'я громадян, суттєвого покращання демографічної ситуації, якості виробничих сил, а, отже, загального економічного та соціального добробуту українського суспільства. І дуже важливо, щоб ця реформа відбувалася в умовах суспільного діалогу, всебічного публічного обговорення перших результатів впроваджуваних в Україні заходів щодо реформування системи охорони здоров'я, пов'язаних із ними проблем, можливих шляхів їх подолання та перспектив подальшої реформи у цій життєво важливій для кожного громадянина Україні сфері.

Саме площадкою для такого діалогу і широкого обговорення якраз і стали парламентські слухання на тему «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері

охорони здоров'я України», які відбулися 5 червня 2013 р. у Верховній Раді України.



Відкриваючи слухання, Володимир Рибак, Голова Верховної Ради України, навів такий сумний жарт: система охорони здоров'я в Україні є, але вона не сумісна з життям. Він зазначив, що для реалізації реформи охорони здоров'я вже чимало зроблено як на центральному, так і на місцевому рівні, та й на рівні парламенту, центральних і місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування. Але є і чимало проблем, і перша з них — це відірваність реформ від громадської думки, від людей, для яких проводяться реформи. Крім того, на його думку, значної уваги заслуговують питання впровадження медичного страхування, численні скарги і зауваження з приводу необґрунтованого закриття чи перепрофілювання медичних закладів у регіонах, а також значення у суспільстві фігури лікаря, його кваліфікації, його ролі в забезпеченні здорового способу життя, гідної оплати його праці. У суспільстві наростає тенденція глибокої надвіри до національної медицини, до якості медичних послуг, кваліфікації лікарів, ґрунтовності та сучасного рівня медичної освіти.



Райса Богатирьова, міністр охорони здоров'я України, зазначила, що багаторічні розмови про необхідність змін, модернізацію галузі, підвищення якості послуг та повернення поваги до роботи меди-

ків натикалися на черговий популізм та бажання сподобатися своїм виборцям будь-якою ціною, а, частіше, ціною самих змін. Зараз у країні склалася така ситуація, і це підтверджує особисте спілкування з мажоранцями сіл та міст, студентством, лікарями, що далі звалювати зі змінами не можна. Ініційована Главою Держави реформа в медичній галузі повністю гармонізована з європейською політикою «Здоров'я-2020», на її основі розроблено проєкт Загальнонаціональної програми «Здоров'я-2020: український вимір». Отож, право уряду і парламенту затвердити найближчим часом цю програму.

Вона нагадала, що реформи почали здійснюватися у чотирьох пілотних регіонах: Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та місто Київ. Набутий досвід роботи дозволить впроваджувати надалі зміни системно відповідно до потреб та специфіки кожної області, кожної соціальної групи.

Реформи розпочато з базисних елементів: первинної та екстреної медичної допомоги. Протягом 2011–2012 рр. у пілотних регіонах майже повністю створена мережа закладів первинної медицини. У 2012 р. сформовано 167 центрів медико-санітарної допомоги, для оснащення амбулаторій цих центрів держава виділила 327 млн грн. Там, де запрацювали нові, належним чином оснащені та забезпечені кадрами амбулаторії, спостерігається збільшення кількості звернень із профілактичною метою на 17% і зменшення викликів екстреної медичної допомоги — на 15%. Зменшується кількість госпіталізованих хворих саме за рахунок профілактичної спрямованості роботи.

Досвід створення центрів первинної медико-санітарної допомоги у 2013 р. буде поширено й на інші регіони. І до кінця 2013 р. заплановано створити 548 центрів первинної медико-санітарної допомоги. Для забезпечення підтримки реформування первинної ланки охорони здоров'я у непілотних регіонах на 2013 р. потрібна сума

1 млрд грн., і тут необхідна дієва підтримка народних депутатів України.

Процес реформування підтвердив той факт, що первинна ланка не працює без сімейних лікарів. Саме перехід до сімейної медицини дозволяє зробити нашу систему більш гнучкою, конкурентною і наближеною до потреб пацієнтів. Лише пілотним регіонам необхідно близько 8,5 тис. сімейних лікарів, але поки що первинна ланка забезпечена ними на 20%. У 2013 р. заплановано у півтора рази збільшити обсяги державного замовлення на підготовку лікарів — до 7,7 тис. осіб та перепідготувати 3 тис. сімейних лікарів. Для цього працюють 6-місячні курси з підготовки сімейних лікарів, впроваджується програма «місцеві стимули» (це надбавки до окладів сімейних лікарів, забезпечення їх соціальним житлом, щорічне безоплатне оздоровлення медичних працівників та їхніх дітей, безкоштовний мобільний зв'язок, безкоштовне утримання дитини працівника у дитячому дошкільному закладі, надання одноразової грошової допомоги та ін.).

Із поширенням сімейної медицини тісно пов'язаний інший перспективний шлях реформування всієї галузі:

- профілактика захворювань, що є одним із ключових пріоритетів національної політики охорони здоров'я;
- пропаганда здорового способу життя як основи нової культури «високої якості життя»;
- зміна ціннісних орієнтирів в охороні здоров'я.

Країні потрібні здорові люди, з хорошим імунітетом, без хронічних проблем, без страждань від епідемій. Це, звичайно, ідеал, але ж ми маємо на це орієнтуватись.

Діючим законом визначено термін завершення реформи первинної допомоги — 2020 р., коли має відбутися перехід до надання первинної допомоги на засадах загальної практики — сімейної медицини.

Підтвердженням правильності курсу реформи системи охорони здоров'я та визнання успіху на цьому шляху української держави, на думку Р. Богатирьова, є висновок експертів міжнародних організацій, які саме Україну визначили у статусі віцепрезидента Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я і представляти весь європейський регіон.

Впровадження нової системи екстреної медичної допомоги розпочалося на основі нового закону «Про екстрену медичну допомогу». Розроблено необхідну нормативну базу, здійснюються постійний моніторинг заходів, що вживаються у територіальних районах під час реформування, та аналізуються вірогідність негативних наслідків.

Враховуючи масштабність і комплексний характер змін, що мають відбутися, регіонами розроблено плани реформування екстреної медичної допомоги. Ці плани, зокрема, передбачають формування мережі пунктів постійного і тимчасового базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, створення централізованої оперативно-диспетчерської служби, утворення, визначення паралелі закладів охорони здоров'я, які входять до системи

екстреної медичної допомоги тощо. Крім цього, регіонами затверджено регіональні плани заходів на 2013 і 2014 р. щодо будівництва, реконструкції, ремонту утримання в належному стані вулиць і доріг, які мають пріоритетне значення для належного функціонування системи екстреної медичної допомоги. Відтепер виїжджати до пацієнта має найближча бригада задля виконання встановлених жорстких нормативів прибуття бригадою до пацієнта — у цьому і є суть «екстериторіальності». Забезпечити дієву «екстериторіальність» без створення оперативно-диспетчерських служб неможливо, оскільки саме вони повинні забезпечити чітке управління роботою екстреної медичної допомоги. Виконання цієї роботи покладено на Національний проєкт «Вчасна допомога». Зокрема, розроблено технічний проєкт системи єдиного регіонального оперативно-диспетчерських служб. Паралельно триває робота щодо забезпечення маршрутизації викликів екстреної медичної допомоги за телефонним номером 103 від стаціонарних і рухомих абонентів до центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Не можна сказати, що до реалізації національних проєктів на територіях областей нічого не робилося. Так, завдяки ініціативі Харківської області, на її території впроваджено автоматизовану систему управління роботою швидкої медичної допомоги, яка вже сьогодні за допомогою сучасного програмного продукту та навігаційного обладнання контролює роботу бригад швидкої медичної допомоги. Це дозволяє ефективно організувати роботу бригад, контролювати використання пально-мастильних матеріалів та скорочувати термін прибуття бригад на місце події. Так, вже сьогодні середній термін прибуття бригади по місту Харкову становить 9 хв, а поза містом 20–22 хв.

У Дніпропетровській області весь наявний рухомий склад обладнаний GPS-навігацією. У місті Києві з 2012 р. функціонує сучасна єдина оперативна диспетчерська служба, 80% автотранспорту обладнано GPS-навігацією. Такі заходи

дають комплексний ефект, і, зокрема, централізований контроль за якістю роботи бригад, персоналу і автотранспорту дозволив нам, наприклад, у Львівській області економити пально-мастильні матеріали з 23 л/добу до 13 л/добу, а значить, відповідні кошти можуть бути спрямовані на охорону здоров'я.

Під постійним контролем Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, як зазначила міністр, знаходиться питання оновлення парку автомобілів швидкої допомоги. Протягом 2012 р. для потреб пілотних регіонів за кошти Державного бюджету закуплено 286 сучасних автомобілів. Завдяки залученню коштів місцевих бюджетів та позабюджетному фінансуванню у Донецькій області замінено 167 автомобілів швидкої медичної допомоги, у місті Києві оновлено близько 70% автомобільного парку. Також оновлено рухомий склад Вінницької та Дніпропетровської областей.

МОЗ України приділяє велику увагу питанню гідної оплати праці медичних працівників та підвищення їхнього соціального статусу як одного з основних засобів покращення ситуації з кадрами у вітчизняній медицині. Не секрет, що за рівнем заробітної плати медична галузь знаходиться на передостанньому місці серед усіх галузей народного господарства. Р. Богатирьова запропонувала парламентаріям активно втрутитися в розробку державної програми забезпечення оплати праці працівників бюджетної сфери для того, щоб можна було не лише констатувати її недостатність, а й зробити щось реальне для підвищення цієї заробітної плати.

Адже вже зараз при втручанні Президента вдалося домогтися, що у 2012 р. заробітну плату медичних працівників пілотних регіонів, зокрема фахівців центрів первинної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях, місті Києві, підвищено в середньому на 50%. Крім того, за попередній рік вдалося вирішити ті питання, які десятиліттями не вирішувалися, наприклад: медичним та фармацевтичним працівникам встановлено надбавку за вислугу років, підвищено заробітну плату медичним працівникам



спеціалізованих протитуберкульозних закладів охорони здоров'я від 30 до 60%. Випускники — медики та фармацевти, які беруть зобов'язання відпрацювати не менше 3 років у сільській місцевості, а також сімейні лікарі, дільничні педіатри і терапевти мають право на одноразову адресну грошову допомогу в розмірі 5 мінімальних заробітних плат. З 1 січня 2012 р. медичні і фармацевтичні працівники державних та комунальних закладів отримують допомогу на оздоровлення у розмірі посадового окладу при наданні щорічної відпустки. Із 1 січня 2013 р. право на таке підвищення отримують і молодші медпрацівники спеціалізованих протитуберкульозних закладів охорони здоров'я. Таким чином, загальне питання оплати праці медичного працівника перебуває сьогодні не просто в центрі уваги, а актуальне як ніколи.

Потребує належного фінансування медична сфера і заходи щодо її реформування. Зокрема необхідно удосконалити механізм фінансування сільської медицини. На сьогодні фінансування сільської медицини, яке покладалося на бюджети сільських та селищних рад, перенесено на районні бюджети.

Тож оптимізація витратів на цю систему є неприпустимою, оскільки неприйнятним і неприпустимим є скорочення мережі закладів, коли немає можливості запропонувати якіснішу послугу в тому ж самому місті.

Потребує сьогодні розширення фінансування екстреної медичної допомоги. Хронічний брак коштів на швидку допомогу в попередні роки давався взнаки, і тому сьогодні цей інфраструктурний проект щодо виконання Закону «Про екстрену медичну допомогу» потребує фінансування будівництва доріг, розвитку мережі з'єднання між тими, хто викликає швидку допомогу, і диспетчерськими службами, оснащення сучасними засобами зв'язку бригад швидкої екстреної медичної допомоги, і, без сумніву, нагальним є питання оновлення автопарку.

Сьогодні держава опрацьовує питання виділення грошей для того, щоб в цьому році за рахунок бюджетних грошей закупити машини класу B і C для всіх регіонів на суму ≈ 1 млрд грн.

Тут теж потрібна допомога парламентаря, і на думку міністра, проведення парламентських слухань допоможе почути ці пропозиції.

Одна з основних проблем, що проявилася в ході реалізації реформи медичної галузі, це реакція громадян. Це не в останню чергу пояснюється визначною роллю і значенням цієї сфери у житті кожної людини. Будь-які новації, зміни, перебудови часто викликають у людей побоювання. Навіть іноді відзначають небажання користуватися послугами нової системи. І це надзвичайно ускладнює процес реорганізації, збору інформації, критично необхідної для оперативної корекції заходів.

Виходом із такої ситуації, за словами міністра, є налагодження зворотного зв'язку з пацієнтами, проведення наповнених роз'яснювальної роботи. Саме тому в структурі МОЗ України створено

сучасну вдосконалену прес-службу, якою до того у відомстві не існувало. Впроваджено та активно застосовуються нові засоби спілкування з величезною аудиторією громадськості та медиками на основі використання сучасних інформаційних технологій, конференц-сервісів, за допомогою відеозв'язку в реальному часі.

Таким чином, для чисельної аудиторії, яка становить >10 тис. учасників за один раз з усіх куточків України, проводяться відкриті лекції міністра охорони здоров'я з різних питань, у тому числі питань реформування галузі. Під час цих виступів кожен має право і можливість безпосередньо отримати відповідей у міністра на запитання, що його хвилюють.

Крім того, працює формат акції «Запитай міністра», де і пацієнти, і медики обговорюють питання, найважливіші для них. За твердженням Р. Богатирьової, цілдобово працює гаряча лінія МОЗ України.

Ще одним стратегічним завданням МОЗ України є розвиток медичної індустрії. Майбутнє медицини визначається революцією в галузі молекулярної біології, яка усуває фундаментальні проблеми антропологічного характеру. Біотехнології, гена інженерія, застосування наноматеріалів, широке використання стовбурових клітин, запровадження передових розробок у медичному приладобудуванні дозволять здійснити переворот у медицині. З огляду на це, основний акцент у реформуванні медичної галузі необхідно поступово переносити з питань організаційного зміцнення системи охорони здоров'я на розвиток медичної індустрії, що виробляє товари і послуги із високою доданою вартістю. Відповідні підходи до програми розвитку вітчизняної медицини МОЗ України вже розробляє спільно з Національною академією наук (НАН) і Національною академією медичних наук (НАМН) України.

Під патронатом Президента України Віктора Януковича в Україні впроваджується проект «Нове життя, нова якість охорони материнства і дитинства», який передбачає створення мережі перинатальних центрів третього рівня, що сприятиме покращанню якості перинатальної допомоги. На сьогодні відкрито 10 перинатальних центрів. Це Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Кіровоградська, Полтавська, Рівненська, Харківська, Хмельницька області, Автономна Республіка Крим і місто Київ.

Тільки на 2013 р. заплановано відкриття другої черги перинатальних центрів третього рівня у Волинській, Запорізькій, Київській, Луганській, Львівській, Тернопільській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій областях та місті Києві. Це нам дозволило впродовж 2012 р. досягнути позитивних змін за основними медико-демографічними показниками. За даними оперативного моніторингу, порівняння материнської смертності за I квартал 2012 р. порівняно з аналогічним показником за I квартал нинішнього року свідчить про те, що намітилася тенденція до зниження показника материнських втрат.

Малюкова смертність, що у 2012 р. становила 6,5 на 1 тис. новонароджених, була

знижена на 15% порівняно з 2011 р. Таку тенденцію необхідно закріпити у 2013 р. Ми маємо всі підстави говорити про те, що малюкова смертність у I кварталі 2013 р. становила 7,4, а за аналогічний період 2012 р. — 8,7 на 1 тис. новонароджених.

Також на високому міжнародному рівні визнано успіхи України в організації боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом, величезна робота проведена щодо зниження цін на лікарські засоби.

Визначаючи низку негативних факторів і тенденцій, що супроводжують модернізацію системи охорони здоров'я, Р. Богатирьова закликала усіх учасників слухань конструктивно підійти до критики, яка лунає, врахувати досвід попередніх років, думки та зауваження експертів та продовжувати працювати разом задля майбутнього вітчизняної медицини.



На незворотності курсу на реформування медичної галузі наголосила і Тетяна Бакхметєва, голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я. Вона нагадала, що з метою створення законодавчого підґрунтя для реалізації цієї реформи протягом останніх кількох років Верховною Радою України прийнято низку важливих законів.

Серед них — Закони «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», «Про протидію захворюванню на туберкульоз», «Про державно-приватне партнерство», а також закони, спрямовані на вдосконалення національного фармацевтичного законодавства та законодавства з питань якості та безпеки харчових продуктів, контролю над тютюном та запобігання його шкідливому впливу на здоров'я людини тощо.

Однак особливе значення для реалізації цієї реформи мають прийняті Верховною Радою України нова редакція Бюджетного кодексу України (від 8 липня 2010 р. № 2456-VI), закони України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (від 7 липня 2011 р. № 3611-VI), «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (від 7 липня 2011 р. № 3612-VI), «Про екстрену медичну допомогу» (від 5 липня 2012 р. № 5081-VI), які створюють законодавче підґрунтя для реалізації заходів із реформування медичного обслуговування, передбачених Програмою економічних реформ на 2010–2014 роки.

При цьому особливе місце серед вищезазначених законів посідає Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». Важливість цього закону по-

лягав в тому, що він надає можливість в умовах відповідного пілотного проекту провести практичну апробацію нової, розробленої з урахуванням досвіду інших європейських країн, моделі організації медичного обслуговування населення, яка водночас передбачає застосування як механізмів підвищення доступності населенню якісної медичної допомоги різних видів, так і механізмів поліпшення ефективності та раціональності використання наявних у галузі охорони здоров'я різних типів ресурсів.

Важливо зробити правильні висновки з пілотного проекту, врахувати позитивний досвід та виправити допущені помилки. Безумовно, головне, що завдяки реформі починає працювати передова охорони здоров'я, її первинна ланка. Важливо, що зросла заробітна плата працівників первинної ланки, яка в пілотних регіонах в середньому становить від 4 до 5 тис. грн. Почали вирішувати питання забезпечення медичних працівників житлом, транспортом, засобами зв'язку тощо.

Також серед здобутків першого етапу реформування голова профільного комітету Верховної Ради України відзначила реорганізацію надання екстреної медичної допомоги, яка зумовила скорочення часу доїзду швидкої допомоги до хворого та більш широке застосування тромболітизму при гострих станах, спричинених серцево-судинними захворюваннями, послідовне відкриття сучасних перинатальних центрів III рівня в рамках Національного проекту «Нове життя», початок реалізації Національного проекту «Вчасна допомога», зниження цін на деякі групи лікарських засобів, покращення матеріально-технічного оснащення лікарень, будівництво і відкриття нових сучасних медичних закладів, прийняття і розробку законів, спрямованих на боротьбу з тютюнокурінням та зловживанням алкоголю.

Т. Бахтеева також нагадала, що саме у цьому році стартував третій, останній етап реформи, який передбачає створення умов для введення системи державного медичного страхування, яке, за її словами, дозволить забезпечити не менше 80% безкоштовного медикаментозного забезпечення застрахованого пацієнта, щорічно залучати до 6 млрд грн. на оновлення матеріально-технічної бази лікарень і щорічно на 20–30% підвищувати зарплату лікарям.

Серед завдань, які стоять сьогодні перед галуззю, Т. Бахтеева відзначила посилення ефективної співпраці медичної науки і практики, розвиток паліативної допомоги, міжсекторальну взаємодію між усіма галузями народного господарства.



Як зазначив Андрій Сердюк, президент НАМН України, медична наука та охорона здоров'я, без перебільшення, життєво важливі для кожного громадянина. Мабуть, уперше в новітній історії нашої

країни вони набули такої загальнодержавної ваги і потребують такої пильної уваги. Важливим підґрунтям активізації науково-практичної діяльності Академії залишаються її плідна співпраця з НАН України, яка полягає у розширенні фундаментальних досліджень з усіх базових напрямків медицини. Саме результати цих досліджень створюють основу нових медичних технологій, лікарських засобів, методів профілактики захворювань. Здійснюється ефективна міжнародне співробітництво з науковцями багатьох країн та міжнародними організаціями. З метою об'єднання академічної науки з вузькою Академією разом з МОЗ України створила 5 регіональних так званих кластерів у містах Дніпропетровську, Донецьку, Львові, Одесі та Харкові, які починають працювати за взаємопов'язаними напрямками: наука, медицина, освіта. Академія веде науковий супровід усіх заходів щодо реформування медичної галузі, працює над розробкою законопроекту про високоспеціалізовану медичну допомогу, отримав підвищення доступності такої допомоги для усіх громадян України.

Серед основних напрямків, на які необхідно звернути особливу увагу, А. Сердюк відзначив удосконалення законодавства в галузі тканинної та органної трансплантації і забезпечення безпеки донорської крові, її компонентів і препаратів, створення єдиного медичного простору з високотехнологічних та високоартістичних видів допомоги, які наші громадяни сьогодні можуть отримати виключно за кордоном.



Юрій Полчанко, народний депутат України, голова Підкомітету з питань законодавчого забезпечення медичної діяльності, захисту прав пацієнтів і професійної відповідальності медичних працівників, закликав учасників слухань більш відкрито і чесно говорити про прорахунки та помилки, які мали місце на першому етапі медичної реформи, зокрема про відсутність чіткого розмежування відповідальності за її результат між центром та регіонами, відсутність діалогу з лікарськими асоціаціями, профспілками та пацієнтськими організаціями. Він запропонував звернутися до Президента України з пропозицією створити експертно-аналітичну групу за участю незалежних експертів, громадських організацій та профспілок, яка в найкоротший термін зробить всебічний та ґрунтовний аналіз ходу реформи та надасть рекомендації щодо подальших кроків реформування галузі; обговорити на засіданні Комітету з економічних реформ можливість прийняття пілотного проекту щодо запровадження експерименту про проведення першого етапу обов'язкового соціально-медичного страхування на ліки та лікарські засоби; внести на розгляд парламенту Медичний кодекс, знову повернутися до питання гідної опла-

ти праці медикам через систему гонорарів. Це питання було слухне ще в 2005–2007 рр., і сьогодні, на думку народного депутата, настав час його обговорити.



Святослав Ханенко, народний депутат України, голова Підкомітету з питань законодавчого забезпечення реформування системи охорони здоров'я, медичної освіти та науки, зазначив, що

Всукраїнське об'єднання «Свобода», яке він представляє, вважає, що сучасний стан охорони здоров'я в Україні є катастрофічним. За його словами, потреба в реформуванні галузі охорони здоров'я, адаптації її до нових економічних реалій більш ніж нагальна, і це зрозуміло всім. Однак нинішні авантюрні, хаотичні дії влади призводять до ще більшого погіршення ситуації. Позитивного ефекту не відчувають ні пацієнти, ні медики, ні бюджет. Тому в усі підстави вважати, що в такому вигляді реформа приречена на провал. Але зупинка реформ призведе до остаточної деградації галузі, поглиблення існуючих проблем. Тому вже зараз на найвищому рівні потрібно визнати помилки і кардинально переглянути підходи до реформи. Про справжню реформу системи, на переконання С. Ханенка, можна буде говорити лише тоді, коли лікар загальної практики — сімейної медицини буде самостійною і юридичною особою. Тому рекомендації парламентських слухань мають визначити чіткий та узгоджений напрямок дій державних органів і суспільства, спрямований на реальний розвиток ефективної системи охорони здоров'я.

Завершуючи виступ, народний депутат наголосив, що у цьому документі має бути зазначена необхідність термінової розробки і прийняття законів України про концепцію державної політики в галузі охорони здоров'я та державну програму розвитку системи охорони здоров'я України.



На думку Ірини Спірін, народної депутата України, першого заступника голови Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, за час проведення медичної реформи в пілотних

регіонах визначилася головна її проблема — відсутність єдності завдань та практичних дій. За її словами, центри первинної медико-санітарної допомоги оснащені на 60% норми. Штатні посади лікарів первинної ланки укомплектовані у Донецькій області на 63,8%, у Дніпропетровській — на 75%.

Укомплектованість екстреної медичної допомоги лікарями у пілотних регіонах

становить близько 60%, лікарів-терапевтів масово перенавчають на сімейних лікарів за 6 міс. Навантаження на лікаря перевищує норму майже вдвічі. Народний депутат також зазначила, що середня заробітна плата медиків залишається нижчою, ніж освітян.



Олег Мусій, голова громадської ради МОЗ України, зупинився на двох питаннях — оплаті праці та статусі лікаря в Україні взагалі. Він зазначив, що заходи, які вживаються Урядом для матеріального заохочення лікарів, не є достатніми і призводять до втрати молодих перспективних кадрів. На його думку, реформа та нова система охорони здоров'я лише тоді стануть надбанням суспільства, коли лікар, медсестра, трудовий колектив, медична спільнота стануть активними гравцями цієї системи, а не іграшками у руках недолугих чиновників, що ми на сьогодні маємо. Торкнувшись питання лікарського самоврядування, О. Мусій зазначив, що в плані реформ вкрай нагальним є включення туди зміни системи управління охороною здоров'я, де держава у вигляді МОЗ України та професіонали, які працюють

у системі, — лікарі, медсестри, фармацевтичні працівники, отримують партнерські, властиві для кожного з них функції щодо управління системою. Цього, на його думку, можна досягти шляхом прийняття Закону про лікарське самоврядування і створення в Україні професійної корпоративної організації лікарів як організації публічного права.

Це дасть змогу децентралізувати функції існуючої монопольної адміністративно-командної моделі управління охороною здоров'я і прийти до європейської суспільно-адміністративної моделі управління.

Проект такого закону підготовлений уже давно і тричі подавався до Верховної Ради, але на той час для його прийняття не було політичної волі.



Андрій Стогній, голова Комітету з питань охорони здоров'я Європейської бізнес-асоціації, висловив ряд пропозицій щодо зняття швидшого запровадження медичного страхування, реімбурсації, а також адаптації українського законодавства стосовно обігу лікарських засобів та виробів медичного призначення до законодавства Європейського Союзу.

На жаль, в обмежених рамках парламентських слухань не було можливості надати слово усім бажаним виступити, а в рамках цієї публікації ми не можемо детально охопити всі особливості реформування охорони здоров'я, які були озвучені представниками регіонів, але слід зазначити, що всі доповіді та пропозиції будуть зібрані й опрацьовані у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, де вони приймаються протягом тижня з дати проведення слухань. Проект рекомендацій, який було представлено до уваги учасників слухань, є лише робочою версією, надалі вони будуть опрацьовані, й остаточний варіант рекомендацій буде подано на розгляд Верховної Ради України відповідно до чинного законодавства.

Тож надалі доля остаточного варіанта рекомендацій парламентських слухань залежатиме від професіоналізму, незаангажованості та насаги усіх, хто доклав та докладатиме зусиль щодо їх створення, а також від активності суспільства і медичної спільноти, які, як показує практика, за бажання можуть ефективно відстоювати свої суспільні й корпоративні інтереси.

Ну а виконання напрацьованих рекомендацій, безумовно, залежатиме від політичної волі керівництва держави.

*Олександр Устінюк,
фото Сергій Бека*

Реферативна інформація

Курение — основной фактор риска развития инфаркта миокарда с элевацией сегмента ST у пациентов молодого возраста



Табаккурение играет значительно большую роль в развитии инфаркта миокарда с элевацией сегмента ST (ST segment elevation myocardial infarction — STEMI) у больных в возрасте до 35 лет, чем у пациентов с инфарктом миокарда старшего возраста. Об этом свидетельствуют данные, полученные учеными из Мичиганского университета (University of Michigan), США.

Согласно результатам проведенного исследования, табаккурение является

наиболее распространенным фактором риска среди пациентов, которым проводилась процедура перкутанного коронарного вмешательства (ПКВ) по поводу STEMI, однако частота табаккурения среди пациентов молодого возраста была в 11 раз выше. Отмечается тенденция к снижению распространенности табаккурения среди больных со STEMI с увеличением возраста пациентов.

Согласно выводам ученых, снижение частоты распространения табаккурения до 12% только в штате Мичиган, США, может привести к предупреждению развития 450 случаев STEMI

ежегодно. Результаты исследования опубликованы онлайн 27 мая 2013 г. в «JAMA Internal Medicine».

Проанализированы данные 2010–2012 гг. участников регистра Мичиганского кардиоваскулярного консорциума (Blue Cross Blue Shield of Michigan Cardiovascular Consortium (BMC2)) из 44 клиник, содержащего данные о пациентах, которым проводилось ПКВ в негосударственных лечебных учреждениях. Выявлено, что распространенность табаккурения среди всех (n=6892) пациентов составила 46,4%, что значительно контрастирует с данными по населению в общей популяции — 20,5%.

В сравнении с населением в общей популяции отношение рисков табаккурения среди пациентов со STEMI составило 11,4 (95% доверительный интервал (ДИ) 10,0–12,8) для возрастной группы 18–34 года; во всех остальных возрастных группах данный показатель также значительно повышен, однако прогрессивно снижается с каждым 4-летним увеличением возраста пациентов — с 8,9 (95% ДИ 7,7–10,0) у пациентов в возрасте 35–39 лет до 2,7 (95% ДИ 2,4–3,0) у пациентов старше 65 лет.

По мнению ученых, полученные данные подтверждают необходимость предприятия в обществе агрессивных и последовательных усилий, направленных на прекращение промоции табаккурения, с фокусированием особого внимания на лицах молодого и среднего возраста в качестве одного из эффективных направлений первичной профилактики крупных кардиоваскулярных событий.

Larsen G.K., Seth M., Gurm H.S. (2013) The ongoing importance of smoking as a powerful risk factor for ST-segment elevation myocardial infarction in young patients. JAMA Intern. Med., May 27 [Epub ahead of print].

Stiles S. (2013) Smoking a bigger player in STEMI for younger patients. HeartWire, May 31 (<http://www.theheart.org/article/1545461.do>).

Ольга Федорова