



## Олександр Толстанов: мета медичної реформи – здорова людина

*О. К. Толстанов, заступник Міністра охорони здоров'я України, доктор медичних наук, доцент*

*Медична реформа стартувала в Україні у липні 2011 року, коли Президент України Віктор Янукович підписав закони «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» і «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві». Головна мета — підвищити ефективність та доступність медичного обслуговування населення у регіонах. У стислі терміни в «пілотних» регіонах було створено центри первинної медико-санітарної допомоги та впроваджено єдиний підхід до системи надання екстреної медичної допомоги. У подальшому в цих областях передбачалося створення шпитальних округів. Про втілення медичної реформи у «пілотних» регіонах розповідає заступник Міністра охорони здоров'я України Олександр Толстанов.*

### **Наше завдання — зменшити захворюваність людей**

**— Як відомо, медична реформа вже понад рік відбувається у вигляді експерименту у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та у Києві. До кінця 2012 року МОЗ мало створити нову систему первинної допомоги. Які успіхи впровадження «пілота»?**

— До успіхів віднесу саме створення центрів первинної медико-санітарної допомоги. Ці центри створені в чотирьох областях України. Вони набули окремого статусу — відокремлені як юридично, так і фінансово. Проведено перерозподіл

бюджетних асигнувань щодо утримання первинної та вторинної медичної допомоги – у бік збільшення обсягу коштів на первинну ланку. До цього це відбувалося шляхом залишкового принципу. Тобто левову частку грошей, що заходили у районну чи міську лікарню, головний лікар виділяв для стаціонару, а для поліклінічної допомоги або первинної ланки виділялось надто мало коштів.

У багатьох країнах світу система первинної медико-санітарної допомоги існує давно: людина не може потрапити до вузького спеціаліста, не пройшовши рівень первинної ланки. Нова система має створити всі умови, щоб лікар повністю

опікувався здоров'ям закріплених за ним людей, займався насамперед їхньою профілактикою. Завдання таке — щоб людина менше хворіла. Якщо люди менше хворітимуть — менше пацієнтів потраплятиме на другий рівень. На другому рівні оптимізується наявність як ліжкового фонду, так і обладнання. Безумовно, зменшаться витрати, і найголовніше, якщо захворювання вже виникло, ми будемо бачити його на ранніх стадіях.

### Найголовніше — врятувати життя

— У серпні цього року Президент України Віктор Янукович підписав Закон № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу». Закон набирає чинності з 1 січня 2013 року. Але перетворення у «пілотних» регіонах уже відбулися. Розкажіть про цей досвід.

— У всіх «пілотних» регіонах створені центри екстреної медичної допомоги як єдиної системи. Це надало можливість нівелювати міжрайонні кордони в межах областей і покращити можливість швидким доставатися до пацієнтів. Найголовніше — зробити все можливе, щоб карета швидкої допомоги була відповідно оснащеною і мала фахівця, здатного надати допомогу при виникненні екстремальної ситуації. Тобто врятувати життя.

Що для цього зроблено? Закуплені карети швидкої допомоги класу «В» і «С», які відповідають європейським і світовим стандартам. Ці швидкі допомоги вже відправлені в «пілотні» регіони. Левова їх частка класу «В» — це відома всім швидка допомога того рівня, який завжди був. Таких машин закуплено 216. Машин класу «С» закуплено дещо менше. Завдяки таким машинам з'являється можливість транспортувати тяжко хвору людину протягом значно тривалішого часу, при цьому підтримуючи всі її життєві функції: обладнання дозволяє це робити.

Законом про систему екстреної допомоги передбачено створення центрів у ме-

жах областей, які матимуть диспетчерську службу. Центри керуватимуться з областей з можливістю відслідкувати рух автомобілів, підказати найкоротший шлях. Найголовніше — максимально швидко дістатися до пацієнта і надати допомогу. А потім — визначатися, куди везти. Наявність сучасних автомобілів надасть можливість зменшити ризики при транспортуванні. Маючи зв'язок і можливість онлайн-консультацій, медичний персонал може отримати відповідну допомогу і почати заходи зі збереження життєво важливих функцій організму від перших хвилин приїзду до пацієнта.

— Президент Віктор Янукович, виступаючи у вересні на засіданні Комітету з економічних реформ, наголосив, що задля ефективного реформування системи охорони здоров'я необхідно стовідсоткове бюджетне фінансування на ці цілі. Яка адміністративно-фінансова складова цих перетворень?

— Цього року держава виділила додаткові 270 млн грн на підвищення заробітної платні лікарям первинної ланки, і вони вже отримують її за новими умовами.

На оснащення первинної ланки «пілотним» регіонам виділено у вигляді субвенцій 327 млн грн. Нам вдалося зробити первинну ланку автономною юридично і фінансово, підвищити фінансування і сучасно оснастити її. При виділенні коштів держава врахувала необхідність придбання комп'ютерів для створення системи єдиного електронного реєстру пацієнтів.

Крім того, втричі збільшено вартість лікарського кошика карети швидкої допомоги. Якщо раніше фінансування на виклик становило близько 6 грн, то нині по всій країні — 25 грн. Це велике досягнення. Адже кожен виклик потребує різного використання медикаментів та засобів медичного призначення. Завдяки цьому станції швидкої допомоги зможуть мати відповідний запас ліків, і скринька вже не буде порожньою, як це бувало.



На наступний рік МОЗ отримало завдання щодо лікування дитячих захворювань і забезпечення лікування рідкісних захворювань. Це доручення Президента відпрацьовано і направлено в Міністерство фінансів.

### Ми повинні наблизити допомогу до пацієнта

**— З якими проблемами Ви зіткнулися, впроваджуючи реформу?**

— Ми зіткнулися із серйозними ризиками. Не виконувалася у відповідному обсязі роз'яснювальна робота, яка б допомогла людям зрозуміти переваги медичної реформи. Ми побачили, що при різкому введенні первинки, швидко відокремлюються вузькі спеціалісти, що, безумовно, є негативним для пацієнта. Люди звикли, що вони можуть самостійно звернутися до вузького спеціаліста, не йдучи до свого дільничного терапевта. Систему цю треба змінювати, але її не можна змінити відразу. Потрібен час, є й певні ризики.

Ми побачили, що сьогодні не можна руйнувати поліклініку – розділяти її на дві частини: центр і діагностичний центр. Ми зрозуміли, що занадто швидко ставимо завдання, щоб запрацював сімейний лікар. Але ж його треба навчити або пере-

вчити. Навіть у Перехідних положеннях Закону написано, що інститут сімейного лікаря рушить повноцінним кроком із 1 січня 2020 року.

Ідеологія змін полягає у тому, щоб наблизити медичну допомогу до пацієнта. Ми повинні унеможливити виникнення екстремальних ситуацій. Першочергове завдання — обладнати і змінити структуру екстреної невідкладної допомоги. Коли забезпечимо первинний рівень і невідкладну допомогу, ми зможемо перейти до модернізації другого рівня. Це зменшить відсоток людей, які звертаються безпосередньо у лікарню. У цьому є суть й ідеологія цих перетворень.

**— Розкажіть про досвід створення шпитальних округів у «пілотних» регіонах.**

— Темпи впровадження ідеї створення шпитальних округів ми дещо уповільнили, бо вважаємо, що сьогодні виникають серйозні ризики щодо їх створення. Нині до цього не готові ані людська, ані медична громада. Для того щоб створити і технічно забезпечити заклади інтенсивного лікування, сьогодні немає ні фінансових, ні технологічних можливостей. У нас немає відповідної кількості кадрів, не готова інфраструктура, зокрема дороги. У нас

немає необхідної кількості транспорту для транспортування пацієнтів. Ми повинні спочатку зробити ефективну потужну первинку і відпрацьовану як швейцарський годинник екстрену допомогу.

Ідея полягала у тому, щоб створити на відповідній території лікарні різного типу, які б надавали інтенсивну і планову допомогу. Цим шляхом треба йти, але поки не маємо можливості.

### Для лікарів існує система мотивації

**— Очікується, що після реформи медицини отримуватимуть не звичну ставку, а те, що зароблять, докладаючи додаткових зусиль. Як буде реалізований механізм доплат і наскільки об'єктивними будуть індикатори?**

— Виходячи із завдань центрів первинної медико-санітарної допомоги, ми змінили систему оплати праці працівникам первинної ланки у пілотних регіонах. Відтепер, окрім звичайних документів Міністерства охорони здоров'я щодо оплати праці, ще буде додаток за обсяг та якість виконаних робіт. І лікар, який працює на первинці, отримуватиме більшу заробітну платню, ніж отримував до того. А при навантаженні і виконанні якісних показників він зможе отримувати надто більше, ніж лікар, який працює у стаціонарі.

Відтепер за лікарем закріплено постійну кількість пацієнтів: 1500 у місті і 1200 у селі. Вже не існує норм прийому пацієнта — 13 чи 7 хвилин. Лікар може взагалі нікого не приймати, а перебувати цілий день у когось вдома. Він має наглядати за станом здоров'я 1500 чоловік. Як і яким чином він їх прийматиме, коли з ними вестиме бесіду, — це його особиста справа. І лікар матиме доплату. Якщо до лікаря буде прикріплено ще більше людей, а ми дали таку змогу на первинці, він отримуватиме більшу зарплатню. А якщо лікар витримає необхідні критерії якості, отримає

ще більшу зарплатню. Таким чином, існує система мотивації.

**— Чи скорочено кількість лікарень у «пілотних» регіонах, чи відбувалися істотні скорочення персоналу?**

— Конституція України не дозволяє скорочувати заклади охорони здоров'я. Але дільничні лікарні в сільській місцевості можна назвати лікарнями лише умовно. Оскільки це просто місця, де розміщують людей похилого віку, без відповідних кадрів і технологій. Їх буде реорганізовано. На цих місцях будуть створені амбулаторії сімейного типу з підпунктом швидкої допомоги і денним стаціонаром.

### Гінекологів і терапевтів залишили на первинці

**— Головна мета медичної реформи — підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування. Чи передбачені якісь істотні коригування в інших регіонах України, спираючись на досвід «пілотних» проектів?**

— Проведення експерименту дало нам можливість нівелювати помилки, змінюючи напрацьовані нормативні документи. Експеримент триває, ми бачимо відхилення і відповідно коригуємо нормативну базу. Надзвичайно зручно, що ці два закони були прийняті разом. Це дало нам змогу впроваджувати реформу і нівелювати помилки держави, відпрацьовуючи систему у цих чотирьох регіонах.

Хотів би зауважити, що імплементація теорії у практику потребує часу. Ми хочемо зробити в Україні медичну реформу за два роки. Між тим, наприклад, для того щоб створити відповідну систему, Молдова витратила 9 років.

Так, коригуючи систему, ми дозволили залишити на первинці гінекологів і терапевтів, запровадити необхідний перелік обстежень. У обласних центрах, які цього потребують, ми дозволили ввести групову відповідальність за пацієнта. Тобто, щоб



не було різкого стрибка, що тільки сімейний лікар повинен оглядати пацієнта і більше ніхто. Як тоді бути з дітьми і жінками? Треба мати величезний досвід для того, щоб оглядати і дитину, і дорослого. Але йти треба цим шляхом.

Зауважу, що в регіонах, де не впроваджуються «пілоти», система не стоїть на місці, люди розуміють важливість перетворень. Поки що не юридично, але вони створюють і підкріплюють первинку, а також екстрену допомогу.

Наприкінці осені відбулася нарада під головуванням Прем'єр-міністра України Миколи Азарова, на якій визначено подальші кроки і терміни медичної реформи.

Нашу помилку я вбачаю лише в тому, що ми надто швидко хотіли впровадити систему сімейних лікарів. Але ця стратегія абсолютно виправдана. Вона працює в усьому світі.

## У реформи дві ключові фігури: лікар і пацієнт

**— Медична реформа потребує інформаційної кампанії серед населення і в професійних колах. Що планується зробити для цього? Чи передбачений діалог із медиками та громадськістю?**

— Діалог постійно триває. Особисто я, виїжджаючи в регіони, завжди збираю громадськість і розмовляю з пацієнтами. Тому що у реформи дві ключові фігури – це лікар і пацієнт. Реформуючи, ми не повинні забувати про ці дві ключові постаті. Тобто не забути про медичного представника, щоб він мав відповідну мотивацію і умови роботи. Але не забути і про пацієнта, щоб не знизити якість обстеження і лікування.

Інформаційно-роз'яснювальна робота має йти попереду, і зрушення будуть. Тобто треба збирати громади, роз'яснювати необхідність медичної реформи з точки зору економічного, кадрового забезпечення, з точки зору зручності для пацієнтів. Наприклад, у деяких регіонах Києва

амбулаторії створені у житлових будинках, і плече обслуговування скоротилося — лікар перебуває на відстані до одного кілометра від пацієнта. Це, безумовно, зручно. Пацієнт може отримати мінімальне обстеження, бо там працюють педіатр, акушер-гінеколог, запрошують для консультацій вузьких спеціалістів.

Я виїжджав у чотири райони Києва, де ми збирали не тільки лікарів, а й пацієнтів. Спочатку бесіда йшла справді в не дуже оптимістичному руслі. Але наприкінці, коли ми все переконливо розказали і показали, нас зрозуміли. Ми визначили коло відповідних спікерів. Це не обов'язково відомі лікарі, а можуть бути й відомі та авторитетні люди в тій чи іншій галузі. Люди, які самі зрозуміли суть перетворень і хочуть розповісти іншим.

Велика також роль ЗМІ. Ми стали більш відкритими. Зі всіма наказами, що видаються у МОЗ, і пацієнт, і лікар можуть ознайомитися на сайті Мінздоров'я. Такі вимоги ми ставимо і до сайтів обласних управлінь охорони здоров'я: щоб пацієнти і лікарі мали доступ до всієї необхідної інформації. Якщо раніше це було недоступно, то сьогодні будь-хто може переглянути положення, подивитися штатний розклад, дізнатися, яке оснащення має бути в тому чи іншому регіоні.

**— Цікаво дізнатися про створення університетських клінік. Як відбувається цей процес? Як вдається інтегрувати досягнення сучасної науки у практику надання вторинної та третинної медичної допомоги?**

— Створення університетських клінік – це необхідність, а не лише розчерк пера. По-перше, це методологічне створення, по-друге – фінансова складова, яка є найголовнішою в цій ситуації. Що таке університетська клініка у нашому розумінні? Це клініка, в якій висока концентрація найкращих наукових кадрів, яка надаватиме практичну допомогу охороні здоров'я. Вона повинна існувати при університеті, але це не означає, що вона буде фінансуватися тільки з університету.

Відомий досвід таких проектів в Україні і у світі, де йде багатовекторне фінансування: і за рахунок держави, і за рахунок громади, і за рахунок спонсорських коштів.

**— У який спосіб це відбувається у нас?**

— В областях уже почали створюватися стоматологічні клініки, клініки з напрямом лікування серцево-судинних захворювань, захворювань нирок. І я вважаю, що університетські клініки мають серйозне майбутнє, тому що в них сконцентровано все: вони створять можливість встановлення діагнозу, і це буде кінцева ланка досягнення одужання пацієнтам. Крім того, ці клініки сприятимуть зменшенню потоку лікування українців за кордоном. Але це тривалий процес, оскільки потребує технічного оснащення і наявності приміщень.

**— Хто, на Ваш погляд, ефективніше керуватиме цими закладами: лікарі-практики, яких можна залучити до наукового та педагогічного процесу, чи це мають бути науковці?**

— Я думаю, що функція університетської клініки має бути прописана наглядовою радою. Наглядова рада на зборах має вирішити, хто буде керувати клінікою і відповідно звітувати в МОЗ. Це можна визначити і з Мінздрав'я, але чи буде ефективно таке вертикальне призначення?

**— Може, успішнішою буде західна модель, коли тягар управління та господарської діяльності несе спеціально підготовлений медичний менеджер, а лікарі займаються своїми прямими обов'язками – лікують пацієнтів?**

— Це має бути менеджер. І не обов'язково він повинен мати лікарську освіту. Я не думаю, що нам треба готувати менеджерів охорони здоров'я тільки із лікарів. Вони можуть не мати медичної освіти. Зараз менеджери навчаються у системі післядипломної освіти, також їх готує Києво-Могилянська академія.

Наглядова рада обиратиме собі найефективнішого менеджера, а він вже під-

бере собі заступників, які займатимуться лише медициною.

Університетська клініка не може мати наукового чи суто практичного напрямку – вона повинна ці напрями поєднувати. Для того щоб клініка існувала і була керованою, очолювати процес має менеджер, який чітко знає закони управління і буде звітувати перед наглядовою радою.

У Києві в рамках реалізації програми впровадження сучасних інформаційних технологій у медичну галузь був створений веб-портал із можливістю обрати сімейного лікаря та лікувальний заклад. Планується введення електронного запису на прийом до лікаря і виписки електронних рецептів.

**— Чи буде МОЗ розвивати подібні науку по всій Україні і чи плануються ще якісь прогресивні нововведення?**

— Постановою КМУ від 06.06.2012 р. № 546 затверджено Положення про електронний реєстр пацієнтів. Створення електронного реєстру надасть можливість насамперед уникнути дублювання, розрахувати необхідні ресурси, знати чітку картину захворювань і легко віднайти історію хвороби пацієнтів, що потрапили в іншу місцевість.

Нині за допомогою Світового банку нами відпрацьовуються ці механізми у «пілотних» регіонах, люди проходять відповідне навчання. Закуповуватиметься технічне обладнання. МОЗ підписав меморандум, ми стали власником інтелектуальної програми, що була створена для цього. Програма впроваджується і до кінця року запрацює у «пілотах».

**— Дякую за цікаву бесіду. Що Ви побажаєте читачам нового журналу?**

— Бажаю всім оптимізму та душевного спокою, гармонії із собою та навколишнім світом. Сподіваюся, «Науковий журнал МОЗ України» стане головним майданчиком для наукових дискусій в Україні і гідно презентуватиме українську медичну науку у світі.

**Бесіду вела Анна Горпинченко**