

УДК 316.4.05

О. С. ОПРЯТНАЯ

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПРОЕКТА МЕДИЦИНСКОЙ РЕФОРМЫ В ПИЛОТНЫХ РЕГИОНАХ СТРАНЫ НА III ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ

В статье проанализованы результаты внедрения медицинской реформы в Украине в пилотных регионах на III этапе ее реализации, ее положительные и отрицательные стороны, влекущие за собой прямое воздействие на формирование здоровой нации.

Ключевые слова: *пилотный проект, медицинская реформа, модели реформирования, семейный врач.*

Украина пришла к моменту, когда жить по-старому невозможно, а по-новому еще не научились. В связи с этим, медицинская реформа, которую так долго ожидали, проявила себя в негативном свете. В вопросе формирования реформ украинской медицины принимают участие такие специалисты по вопросам экономики, политики, медицины, как Игорь Бураковский [1], Виталий Евтушенко [3], Максим Ионов, Зола Кондур [5], Олег Мусий [5; 6].

В этой статье рассматриваются достигнутые результаты реформы здравоохранения в пилотных регионах страны на III этапе своего существования, “положительные и отрицательные стороны, влекущие за собой прямое воздействие на формирование здоровой нации.

Цель статьи – анализ результатов пилотного проекта медицинской реформы в Украине на настоящий момент по истечению трех лет от ее начала.

Медицинская реформа в Украине является необходимой, но пока ее внедряют непродуманно и фрагментарно. Об этом заявил Игорь Бураковский, председатель правления Института экономических исследований и политических консультаций, 31 октября 2011 г. в Киеве во время круглого стола “Реформа здравоохранения в Украине: идея и реалии”. Во время мероприятия были представлены результаты анализа реформы здравоохранения Украины, осуществленного при поддержке Международного фонда “Возрождение”.

По словам эксперта, Министерство охраны здоровья (МОЗ) так и не утвердило модели системы здравоохранения, которую хочет получить Украина в результате реформы. Вследствие этого пилотные регионы столкнулись с необходимостью самостоятельно разрабатывать модель оказания медицинской помощи и подходы к ее развитию. Игорь Бураковский отметил, что Украине следует приближать принципы оказания медицинской

помощи к мировым стандартам, определенным Всемирной организацией здравоохранения [1].

Реформа здравоохранения, которую начали внедрять в 2011 г. в Винницкой, Днепропетровской, Донецкой областях и Киеве, сразу же подверглась критике – особенно со стороны медработников. Власти хоть и признавали недоработки в процессе реформы, но уверяли, что она приносит свои плоды. В частности, звучали заявления о повышении зарплаты медперсоналу [2].

Спустя почти 2,5 года узнаем у врачей их отношение к изменениям, у экспертов – их мнение по поводу реформы, а у властей – планы на нее.

Начнем с Киева. Главный детский инфекционист департамента здравоохранения КГГА Виталий Евтушенко рассказывает, что главные проблемы отрасли, конечно, не обострились, но и не исчезли.

“Особо ничего не изменилось. Фонд обеспечения остался примерно на таком же уровне, как и был до реформы. В плане пациентов, которые поступают, тоже ничего не изменилось, многие поступают уже достаточно поздно. Основная проблема в том, что сами родители детей позже обращаются, не доверяют местным врачам. В этом плане статус врача не поднялся с реформой”, – говорит Евтушенко.

По его словам, медучреждениям в столице по-прежнему необходимы оборудование и медикаменты.

Вопрос финансирования касается не только закупки необходимого оборудования. Он также затрагивает и проблему низких зарплат медицинского персонала.

Президент Всеукраинского совета защиты прав и безопасности пациентов Виктор Сердюк считает, что медицинская реформа не улучшила качество услуг, а наоборот.

“Ситуация какой была плачевной – такой и осталась, – говорит он. – Любые реформы требуют финансирования. А в условиях, когда его недостаточно, реформы будут создавать дополнительный хаос и разруху”.

До реформы в Киеве работали 64 поликлиники. После реорганизации появились 28 Центров первичной медико-санитарной помощи.

В Центре первичной медико-санитарной помощи врач может только провести консультацию, поставить диагноз и помочь при мелких травмах. По сути, если у больного не насморк и не ушиб, то его направляют к узкому специалисту и на анализы. А это можно сделать уже только в госпитальном округе, который находится в совершенно другом месте.

“Благодарности” от пациентов как были, так и остались. В тех же объемах. Но, с точки зрения пациента, ему уже нужно платить два раза – у нас, в “бывшей поликлинике”, где уже толком ничем не помогут, просто направят к узкому специалисту – например, к кардиологу, – и второй раз, уже в другом месте, самому кардиологу”, – говорит медсестра Наталья, которая работает в Центре первичной медико-санитарной помощи на Оболони.

“Единственный результат, который дала реформа – это то, что людей запутали. Пациентов теперь нам направляют из бывших поликлиник, и

очень часто возникают ситуации, когда непонятно почему человека с болью в животе направили, например, к офтальмологу, – рассказывает врач-кардиолог одной из городских больниц в Дарницком районе Ирина. – Сами пациенты теперь, по возможности, идут в частные клиники. Никто не хочет тратить время и стоять в очереди к семейному врачу, чтобы он переправил на врача из вторичной цепи медицинской помощи, к которому нужно снова стоять в очереди и ехать на другой конец города” [2].

Посмотрим, что происходит в другом пилотном регионе, в Днепропетровске.

Три года назад в Днепропетровске и области начали внедрять медицинскую реформу. Главной задачей реформы называют обеспечение доступности качественных медуслуг для населения. “Сегодня” поинтересовалась у врачей и пациентов, насколько лучше стало лечиться, а у власти – какие успехи принес пилотный проект.

В целом днепропетровцы недовольны качеством обслуживания, а врачи нарекают на большую загруженность при прежних зарплатах.

В одной из детских поликлиник из-за сокращения ставок уволились лаборанты, и родители теперь должны идти с анализами или в частные лаборатории, или в центральные больницы, где большие очереди [3].

За время проведения так называемой медицинской реформы в Днепропетровской области, по данным Государственной службы статистики Украины, с января по ноябрь 2013 г. умерло 46792 человека, из них – 264 ребенка до 1 года, в результате чего наша область заняла второе место по смертности. В этой плачевной статистике нас опередила только Донецкая область, которая тоже была одним из пилотных регионов, где реформировали медицину. Только за первый год реформы в 2012 г. количество умерших превысило число родившихся в 1,4 раза, общее количество смертей детей возрастом до 1 года в 2012 г. увеличилось почти на 8%, по сравнению с 2011 г., за январь 2013 г. количество смертей среди детей до 1 года увеличилось более чем в 1,6 раза! Причем смертность в перинатальном периоде увеличилась в 3 раза!

Все это стало следствием недальновидной и преступной деятельности директора департамента охраны здоровья Днепропетровской облгосадминистрации Валентины Гинзбург.

Под грифом “для повышения эффективности коек” в Днепропетровской области реформаторами были закрыты десятки круглосуточных стационаров. Особенно пострадали жители сельских районов Днепропетровщины, на которые пришлось 30% от четырех с лишним тысяч сокращенных коек в стационарах. Закрытие больниц здесь, по сути, означает одно: либо ехать за сотню километров в центр, либо тихо помирать дома. Расстояние между сельскими больницами и их потенциальными пациентами теперь составляет 50–70 км.

За 11 месяцев 2012 г. от туберкулеза умерло 653 человека. В Магдалиновском районе, где в ходе “оптимизации” было закрыто туберкулезное

отделение, рост заболеваемости за год составил 24,2%, смертность выросла на 66%. Аналогичная ситуация – и в других районах области, где не осталось ни одного фтизиатра. Что касается коек для больных туберкулезом, то их число сократили с 1842 до 1660, это при том, что эпидемия распространяется. Заболеваемость туберкулезом в области остается высокой и составляет в среднем 3100 заболевших человек в год. Так, на сегодня в области проживает 5839 человек с активной, и 24100 человек – с не активной формой туберкулеза. Закрыты туботделения в Апостоловском и Солонянском районах. Сокращено количество коек в тубдиспансере Верхнеднепровского района, в Петропавловском, Криничанском районах, в городе Першотравенске нет ни одного врача-фтизиатра.

В результате медицинской реформы в области фактически ликвидирована педиатрическая служба, закрыты детские поликлиники, сокращены педиатры на бригадах скорой помощи. На местном уровне созданы такие условия, которые просто вынуждают педиатров либо менять профиль своей профессиональной деятельности и в погоне за “длинным рублем” или так называемыми “местными стимулами” становиться семейным врачом, либо искать новое место работы. При этом сам процесс переобучения специалистов зачастую носит принудительный и административный характер. По утвержденным на управляющем комитете планам, к 2015 г. в области не останется ни единого педиатра.

Только в г. Днепропетровске было закрыто 4 больницы и реорганизовано 24 лечебных учреждения города и области путем присоединения их друг к другу, было закрыто 17 из 22 районных роддомов. Ликвидация поликлиник, в том числе и детских, смешение потоков, усложнение маршрутов пациентов, отсутствие необходимого диагностического и профилактического оборудования, уничтожение педиатрии и гинекологии на первичном уровне, нехватка персонала и прочее привели к тому, что доступность медицины ухудшилась, а показатели заболеваемости и смертности значительно увеличились.

Но с позиции Валентины Гинзбург, высокая детская смертность сегодня – это вполне естественно, ибо результаты медреформы дадут о себе знать, по ее словам, лет через пять-шесть.

Особое плачевное состояние у скорой помощи в г. Днепропетровске. Несмотря на то, что бригады полностью укомплектованы медикаментами, открыты дополнительные пункты базирования, что ускорило время прибытия к больному, все машины оснащены системой GPS, частично был обновлен санитарный транспорт, обнажились другие очень острые проблемы – это недостаток и неполная комплектация бригад. На миллионный город числится всего 67 бригад, укомплектованных врачами на 60%, фельдшерами – на 80%.

Станция скорой медицинской помощи хронически страдает от недофинансирования. Вместо необходимых на 2013 г. 42,028 млн грн, выдели-

ли только 24,643 млн. Сама станция находится в разрушающемся столетнем здании, не отвечающим ни одним санитарным нормам [5].

Член комитета по реформированию системы здравоохранения Общественного совета при Минздраве Украины, врач безотлагательных состояний, координатор медицинской службы Майдана Максим Ионов сообщил, что реформа экстренной медицинской помощи была неэффективной. Он назвал провальными проекты “Единая система 112”, на который выделялись огромные средства, а также очень “сильно разрекламированный и крайне необходимый проект “Национальный проект «Своевременная помощь»”. По его словам, эти проекты показали, что “это были сугубо проекты, на которых “отмывались” средства, огромные финансовые ресурсы”. Он подчеркнул, что “существенно ничего не изменилось, кардинальных изменений в системе нет”. Ионов отметил, что “статистика у нас “дугая” и до сих пор не определен тот показатель “прибытие за десять минут к больному” – речь идет о том, что машина экстренной медицинской помощи должна прибыть к пациенту не позже, чем через 10 минут, сколько жизней спасено, ведь для меня как для врача намного более важный показатель, сколько я и за какое время довез больного до стационара”.

Ионов отметил, что является негативным и прекращение с 1 января 2014 г. деятельности специализированной службы, которая является частью экстренной медицинской помощи. По его словам, таким образом, пациенты были лишены “квалифицированной специализированной помощи”, в частности речь идет о случаях острых инфарктов и острых инсультов.

Представитель Международной благотворительной организации “Ромский женский фонд “Чирикли”” Зола Кондур отметила, что есть случаи дискриминации ромов по предоставлению им медицинской помощи, то есть, есть случаи отказа медиков от предоставления такой помощи. По ее словам, в Украине проживает, по неофициальной статистике, от 200 до 400 тыс. ромов, а по официальной статистике – около 48 тыс. Она отметила, что важно, чтобы была включена в перечень профессий такая профессия, как ромский посредник, которые будут помогать людям при решении вопросов, касающихся получения людьми этой национальности качественной медицинской помощи. По ее словам, такие посредники нужны и для других “незащищенных групп” [4].

Реформирование медицины происходило спешно, в неправильном направлении, без учета общественного мнения, без глубокого экономического анализа и учета всех негативных последствий, особенно в таком важном вопросе, как здоровье будущих поколений. Население области нарекло медреформу геноцидом! Медреформа “по-Гинзбург” – это резкое сокращение финансирования медицины, сокращение коек, закрытие больниц, рост заболеваемости и смертности в области.

В связи со всем вышесказанным и перечисленным Днепропетровская городская профсоюзная организация Независимого профсоюза медицинс-

ких работников Украины обратилась к министру здравоохранения Украины Олегу Мусию с просьбой принять все возможные меры для того, чтобы остановить так называемую медицинскую реформу, провести всесторонний анализ финансово-экономических, статистических и социальных результатов ее проведения. Также она поднимает вопрос о сохранении педиатрической службы на первичном уровне и на бригадах скорой помощи, об отмене сокращения сети учреждений охраны здоровья, в частности туберкулезных отделений и родильных домов [4].

В ответ на происходящие события министр здравоохранения Украины Олег Мусий во время пресс-конференции, 28 апреля 2014 г. в Николаевской ОГА, рассказал, что в ходе медицинской реформы будет изменена система управления отраслью, ее финансирования и подготовки кадров.

Он отметил, что трансформация отрасли будет проходить по трем основным направлениям: изменение системы управления через разгосударствление и создание лекарственного, медсестринского самоуправления и самоуправления работников фармации; изменение системы финансирования; изменение подготовки кадров, дальнейшее внедрение общей практики – семейной медицины будет приоритетом Министерства, она будет приближаться к мировым стандартам. Министр подчеркнул, что в этом деле крайне важен открытый диалог с регионами и партнерские отношения [6].

Выводы. В конечном итоге мы видим, что пилотные регионы столкнулись с необходимостью самостоятельно разрабатывать новые модели оказания медицинской помощи и подходы к ее построению. Одним из самых болезненных вопросов стало отсутствие критериев реорганизации сельских участковых больниц в амбулатории семейной медицины. В отдельных случаях это привело к ухудшению доступа к медицинской помощи для сельских жителей [5].

Список использованной литературы

1. Селюк Г. Медична реформа: ідея правильна – реалізація непродумана [Електронний ресурс] / Г. Селюк // Інформаційний портал Харківської правозахисної групи “Права Людини в Україні”. – Режим доступу: <http://khpg.org/index.php?id=1383241880>.

2. Медреформа в Киеве 2,5 года спустя: врачами работают энтузиасты, а платная медицина обходится дешевле “бесплатной” [Электронный ресурс] // Информационный портал Киев сегодня. – Режим доступа: <http://kiev.segodnya.ua/kpeople/ukraincevperevedut-na-obyazatelnuyu-strahovuyu-medicinu-529812.html>.

3. Результаты медреформы в Днепропетровске: врачи жалуются на зарплаты, больные – на сервис [Электронный ресурс] // Информационный портал Онлайн издание “Сегодня.ua”. – Режим доступа: <http://www.segodnya.ua/regions/dnepr/rezultaty-medreformy-v-dnepropetrovske-vrachi-zhaluyutsya-na-zarplaty-bolnye-na-servis-571214.html>.

4. Л. Шевченко Плачевные результаты медреформы [Электронный ресурс] / Л. Шевченко // Сайт “Конфедерація вільних профспілок України”. – Режим доступа: <http://kvpu.org.ua/uk/news/6/3015/plachevnye-rezultaty-medreformy>.

5. Эксперты заявили о провале медреформы в Украине [Электронный ресурс] // Онлайн издание “Народный Корреспондент”. – Режим доступа: <http://nk.org.ua/obshchestvo/88186-eksperty-zayavili-o-provale-medreformy-v-ukraine>.

6. Мусий О. В ходе медреформы будет изменена система управления отраслью, ее финансирования и подготовки кадров [Электронный ресурс] // Правительственный портал. – Режим доступа: http://www.kmu.gov.ua/control/ru/publish/printable_article?art_id=247254260.

Стаття надійшла до редакції 10.09.2014.

Опрятна О. С. Медико-соціальна адаптація проекту медичної реформи в пілотних регіонах країни на III етапі розвитку

У статті проаналізовані результати впровадження медичної реформи в Україні в пілотних регіонах країни на III етапі свого існування, її позитивні і негативні сторони тягнуть за собою прямий вплив на формування здорової нації.

Ключові слова: *пілотний проект, медична реформа, моделі реформування, сімейний лікар.*

Opriatnaya O. Medical and social adaptation draft health reform in pilot regions in the third stage of

The article have been analyzed results of the implementation of health reform in Ukraine in the pilot regions of the country at the third stage of its implementation, its positive and negative situations entailing direct effect on the formation of a healthy nation.

Stresses that at the state level through the Ministry of Health is not defined model of the health care system as a basis for health reform in Ukraine. Consequently, the pilot regions are faced with the need to develop their own model of care and approaches to its development, trying to bring the principles of health care to the world standards set by the World Health Organization.

Reforming Medicine happened quickly, in the wrong direction, without taking into account public opinion, without a thorough economic analysis and consideration of all the negative effects, especially in such an important issue as the health of future generations.

The transformation of the industry is expected in three main areas: change management system through privatization and the creation of the drug, self-government and self-government nursing staff of Pharmacy; change in the system of financing; change in training, further introduction of general practice – family medicine will be a priority of the Ministry. It will be closer to international standards. In this case, an open dialogue is crucial states in the region and relations “doctor – patient”.

In the end, we see that the pilot regions faced with the need to develop new models of care and approaches to its construction. One of the most painful issues was the lack of criteria for the reorganization of rural hospitals in the family medicine clinic. In some cases, this has led to a deterioration in access to health care for rural residents

Key words: *pilot project, medical reform, reform model, family physician.*