

УДК: 6016–036.86, 614.2

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ 2017 РОКУ

Професор А. В. Іпатов, І. С. Гула, Л. В. Кузьміна, Ю. І. Коробкін

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності
МОЗ України», м. Дніпро

Резюме

В статті представлені основні направлення реформування здравоохранення України, характеристика основних законів и законопроектів. Приведено неоднозначное мнение по этим вопросам политиков, депутатов, медицинских экспертов и медицинских работников. Дана интерпретация медико-социальной составляющей реформування и ожидаемые результаты.

Ключевые слова: *здравоохранение, реформа, медико-социальная экспертиза.*

Summary

The article presents the main directions of health care reform in Ukraine, the characteristics of the main laws and draft laws. An ambiguous opinion on these issues of politicians, deputies, medical experts and medical workers is given. The interpretation of the medical and social component of the reform and the expected results are given.

Keywords: *healthcare, reform, medical and social expertise.*

Головна мета будь-якої медичної реформи – надати усім громадянам єдиний та реальний фінансовий захист в охороні здоров'я у вигляді конкретних фінансових гарантій.

Законопроекти, які мають запустити медичну реформу в Україні, розроблені урядом на виконання Концепції реформування охорони здоров'я затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1013-р від 30 листопада 2016 року, та доопрацьовані парламентською робочою групою. Вони запроваджують новий дієвий механізм реалізації пацієнтами конституційного права на безкоштовну медичну допомогу, отримання якісних медичних послуг та лікарських засобів.

Законопроект № 6327 вводить поняття частково платної медицини та гарантованих безкоштовних послуг. Другий проект закону № 6329 передбачає розраховувати єдиний для всієї країни тариф за кожену послугу лікаря. Утримувати і розвивати лікарні повинні місцеві ради.

Що саме запроваджують ці законопроекти:

1. Новий дієвий механізм реалізації конституційного права на безкоштовну медичну допомогу, отримання якісних медичних послуг та лікарських засобів.

2. Державні гарантії оплати наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів держбюджету за принципом «гроші ходять за пацієнтом».

3. Поняття «державного гарантованого пакета» – визначеного обсягу медичних послуг та лікарських засобів, які держава зобов'язується оплачувати за попередньо установленим єдиним тарифом, що затверджується КМУ щороку. Державні фінансові гарантії надаються незалежно від будь-яких додаткових критеріїв усім громадянам України.

4. Повній оплаті з держбюджету підлягатимуть медичні послуги та лікарські засоби на рівні первинної та екстреної (близько 80% усіх звернень громадян), а також паліативної медичної допомоги. Обсяг фінансування інших видів медичних послуг визначатиметься КМУ. Медична допомога на всіх рівнях і завжди оплачуватиметься державою.

5. У разі часткового покриття запроваджується офіційна співплата за отримані медичні послуги. Співплата може здійснюватися за рахунок коштів пацієнтів чи за рахунок інших джерел (наприклад, загальнообов'язкового соціального медичного страхування, добровільного медичного страхування, коштів місцевих бюджетів) за установленим КМУ фіксованим тарифом співплати, поза яким стягнення плати заборонено.

До того ж у законі зазначено, хто зможе лікуватися повністю безкоштовно або на пільгових умовах:

- учасники АТО;
- особи з інвалідністю;

- пенсіонери;
- діти війни;
- особи, які постраждали внаслідок Чорнобильської аварії;
- діти;
- інші соціально незахищені громадяни.

6. Медичні послуги в рамках державного гарантованого пакета надаватимуть заклади охорони здоров'я будь-якої форми власності та фізичні особи-підприємці, котрі мають ліцензію на медичну практику, відповідно до договорів про медичне обслуговування населення, укладених із Національною службою здоров'я України («НСЗУ»). Оплату за надані послуги пацієнтам здійснюватиметься НСЗУ на підставі такого договору.

Сьогодні відомий обсяг послуг лікаря первинної ланки:

– безпосереднє надання первинної медичної допомоги пацієнтам;

– формування та контроль виконання плану обстежень та лікування, аналіз результатів досліджень, призначення медичних препаратів та інших лікувальних заходів;

– надання медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані;

– направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

– координація роботи з іншими ланками медичної допомоги;

– ведення пацієнтів, котрі хворіють на соціально небезпечні інфекційні захворювання відповідно до законодавства;

– здійснення імунопрофілактики відповідно до чинного законодавства;

– консультування щодо здорового способу життя;

– проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань;

– оцінка індивідуальних ризиків захворювань і консультування з питань профілактики.

Розробка індивідуальних програм обстеження та спостереження за здоров'ям:

– інформування пацієнта щодо національних скринінгових програм та виконання інших функцій відповідно до законодавства або до програми;

– динамічне спостереження за неускладненою вагітністю;

– здійснення медичного догляду за здоровою дитиною;

– ведення хворих із психічними розладами, зокрема, враховуючи рекомендації спеціаліста;

– надання паліативної допомоги, що охоплює:

• оцінку ступеня болю;

• призначення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;

• лікування больового синдрому;

• оформлення рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори відповідно до чинного законодавства;

– координація та організація виконання лабораторних досліджень, проведення забору біологічного матеріалу;

– проведення лабораторних досліджень, у тому числі з використанням швидких тестів;

– призначення лікарських засобів з оформленням документів відповідно до законодавства;

– підготовка медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та на медико-соціальну реабілітацію;

– оформлення довідок, форм, листків непрацездатності.

7. Державні фінансові гарантії запроваджуються поступово, на первинному рівні – вже з січня 2018 року, на інших рівнях – до 2020 року.

8. В Україні визнаватимуться міжнародні клінічні настанови, що дають змогу застосувати кращі світові практики та досягнення доказової медицини.

9. Пільги, що вже існують у сфері медичного обслуговування, залишаються чинними та реалізуються відповідно до тих законів, якими вони упроваджені.

10. Додаткові державні фінансові гарантії повної оплати лікування для учасників антитерористичної операції (АТО) для визнання їхнього вкладу та самопожертви заради захисту України.

Слід зазначити, що без проекту закону № 6329 законопроект про фінансові гарантії надання медичних послуг не підкріплений грошима з держбюджету. Це означає, що вся реформа не буде працювати.

Безумовно, реформа охорони здоров'я повинна бути і, причому, на постійній основі, в залежності від економічного і соціально-демографічного складників.

Як і усе нове, реформа охорони здоров'я має як чимало прихильників, так і противників. Останні переконані, що її втілення в українських реаліях утруднене, і складно буде

знайти кваліфікованого сімейного лікаря, а, по-друге, просто нереально дістатися у зазначені терміни до медичних закладів через різні причини.

Існує така думка, що в Україні завжди була й є юридична можливість змінити організаційно-правову форму закладів охорони здоров'я, залишаючи їх у власності держави й водночас надаючи їм можливість «заробляти на себе». Теоретично, мабуть, така опція є, але реалізація її не має сенсу, оскільки 49-та стаття КУ на пряму забороняє брати гроші за медичну допомогу з громадян у закладах державної та комунальної форм власності. Тобто, зміна організаційно-правової форми нічого не дає, і наприкінці двохтисячних це розуміли. Тому в ті часи зосередилися на іншому напрямку – пошуку медичної діяльності, яка не підпадає під термін «медична допомога» й може бути розцінена як медична послуга, або добровільна необов'язкова дія за згодою сторін, за яку можна брати гроші. З метою надання визначення поняттям «медична допомога» та «медична послуга» нація мобілізувала свій найкращий інтелектуальний потенціал, але так нічого і не змогла вигадати.

Українська медицина давно уже не безкоштовна. Хоча Конституція гарантує громадянам безплатну медичну допомогу та лікування, проте, коли питання доходить до суті на практиці, значна частина пацієнтів оплачує надані їм медичні послуги із власного гаманця. МОЗ вирішило змінити цю систему завдяки пакету реформ, які розробляє Національна служба здоров'я. У разі реалізації запланованих змін українці матимуть конкретний пакет безплатних медичних послуг і ліків. Однак обстеження, діагностику та стаціонар держава покриватиме частково.

Буде розроблений механізм і тарифи співоплати бюджетними коштами і пацієнтом. Зараз гарантований пакет безплатних послуг перебуває на етапі розробки. Проект документа ще має розглянути національна рада реформ, а потім парламент. ВРУ прийняла за основу Закон про «Державні фінансові гарантії щодо надання медичних послуг та лікарських засобів» від 08.06.2017 р., тоді реформа первинної ланки може стартувати з 1 липня. Проте, як зауважив заступник міністра охорони здоров'я Павло Ковтонюк, перший гарантований пакет планується розробити тільки в 2018 році, а пацієнти зможуть відчувати реальні зміни лише у 2019-му.

Очевидно одне – економіка і соціальний потенціал України повинні бути готові до таких перетворень. Згідно з державною

статистикою, демографічна ситуація, на жаль, не є задовільною. Смертність майже в два рази перевищує народжуваність, тривалість життя на 10–15 років нижча, ніж у Європі, некерована міграція населення та інше.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно в Україні:

- помирають майже 136 тисяч громадян, життя яких можна було б урятувати;
- майже 4 тисячі українців помирають від туберкульозу – хвороби, яку в світі давно ефективно лікують;
- майже 1200 дітей, яких можна було б урятувати, помирають під час пологів або у перший рік життя;
- понад 7 тисяч українців помирають щороку від інфекційних захворювань, про які в світі вже давно забули і яких можна було б запобігти, якби система охорони здоров'я в Україні працювала на європейському рівні.

Ще не в повному, ефективному обсязі реалізована система реабілітації в Україні. Нині розробкою наукових програм, протоколів реабілітації, методичним керівництвом реабілітаційних закладів займаються:

- Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова;
- ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України» (м. Одеса);
- Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ);
- ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» (м. Дніпро).

Реформа охорони здоров'я неодмінно торкнеться медико-соціальної експертизи осіб з обмеженими можливостями, з огляду на особливість надання сучасної кваліфікованої медико-соціальної допомоги населенню, яка полягає в тісній взаємодії декількох ланок медицини – лікарів медико-соціальних експертних комісій, лікарів первинної ланки охорони здоров'я і працівників Фондів соціальної допомоги.

Згідно з експертами ВООЗ, існує низка станів, до яких інваліди більш уразливі:

1. Вторинні порушення. Вони виникають на тлі спочатку існуючого захворювання і, як правило, пов'язані з ним. Часто такі порушення можна передбачити – важливі заходи профілактики.

2. Раннє старіння. Багато людей з інвалідністю починають старіти раніше, у них більш виражені вікові порушення.

3. Ризикована поведінка. Під час досліджень було виявлено, що особи з обмеженими можливостями часто більш схильні до куріння, нездорового харчування, малорухливого способу життя. Це підвищує ризик деяких захворювань.

4. Більш низька тривалість життя. Звичайно, цей показник залежить від виду і ступеня інвалідності. Учені з Великобританії довели, що люди, в яких є розумові і психічні розлади, як правило, мають більш високі ризики передчасної смерті.

5. Менше можливостей отримати якісну медичну допомогу. Це може бути пов'язано з тим, що інвалід фізично не може дістатися до лікарні, не має коштів, щоб скористатися платними медичними послугами, стикається з невідповідними медичними працівниками, які не вміють працювати з такими людьми.

Слід зазначити, що реформа охорони здоров'я – це докорінна зміна принципів взаємин і правил взаємодії, переформатування медичного простору як такого. Щоб це здійснити, необхідно бачення контурів майбутнього і тривалий підготовчий етап. Для її реалізації, перш за все, потрібний системний підхід і планова етапність змін, що проводяться, з визначенням критеріїв ефективності кожного етапу.

У свою чергу, медики ставляться до реформи по-різному. Виникають багато побоювань. Вони хочуть бачити чітку етапність проведення реформи з реальними термінами та відповідальними за проведення.

МОЗ обіцяє до кінця року реформувати первинну ланку і забезпечити тотальну інформатизацію галузі (єдиний медичний реєстр, програма e-Health). Обіцяє також докорінну модернізацію системи екстреної медичної допомоги. Реальні власники бюджетних коштів і установ охорони здоров'я побоюються скорочення медперсоналу і лікувальних установ.

Також незрозуміло, яка система вибудується: єдиний медичний простір (гроші йдуть за пацієнтом) або тривірнева система медичної допомоги з госпітальними округами, де різні джерела фінансування кожного рівня. Це все різні поняття.

Сьогодні професійному медичному співтовариству незрозумілий підхід МОЗ до вирішення проблеми розширення доступу до сучасних медичних технологій та до впровадження міжнародних стандартів лікування на основі доказової медицини. Пропонується, замість системної роботи по гармонізації но-

рмативної бази, навчання спеціалістів і стимулювання фармкомпаній до впровадження інноваційних препаратів на український ринок, замінити існуючу, хай не дуже досконалу, але діючу і динамічну систему, що розвивається, на систему клінічних протоколів простими посиланнями на англомовні джерела в Інтернеті.

Заміна локальних клінічних протоколів, які розробляються й оновлюються на основі адаптованих кращих світових зразків клінічних настанов і клінічних протоколів з медичної практики, новими клінічними протоколами медичної допомоги, затвердженими Міністерством охорони здоров'я без проходження процедури адаптації і навіть перекладу із загального переліку існуючих на інформаційних ресурсах медичних установ і організацій інших країн – явно поспішне рішення.

Зараз в Україні немає достатньої фізичної можливості забезпечити лікування строго по міжнародних протоколах, МОЗ пропонує модель, коли лікар на свій розсуд вибирає, а пацієнт дає письмову згоду на те, щоб пройти лікування згідно з тим чи іншим англомовним протоколом, і тим самим бере на себе відповідальність за процедуру лікування. На тлі комерціалізації діяльності лікаря, підвищення його самостійності і повноцінного впровадження в його роботу економічних і ринкових інструментів, відбудеться посилення правової та поява економічної відповідальності за лікарняні помилки, ускладнення, побічні реакції та інше.

Виходячи з представлених «За» і «Проти» реформи охорони здоров'я України та, як наслідок існуючої ситуації в країні, слід очікувати подальше зменшення населення, зростання захворюваності. Поряд із загальним демографічним зниженням показників інвалідності – відбуватиметься зростання «причинної» інвалідності, у тому числі прихованої, що може призвести до соціальної напруженості, в якій один на один з пацієнтами, які не мають можливості отримати необхідне лікування, виявляться і лікарі, й управлінці від медицини, і народні обранці всіх рівнів.

Література

1. Конституція України від 28.06.1996 р. – ВВР. – 1996. – № 30.
2. Цивільний Кодекс України від 03.10.2003 р. – ВВР. – 2003. – №№ 40–44, ст. 356.
3. Закон України від 19.11.1992 р. №2802-ХІІ. – «Основи законодавства України про охорону здоров'я». – ВВР. – 1993. – № 4, ст. 19.

4. Постанова Верховної Ради України від 08.06.2017 № 2093-VIII. – «Про прийняття за основу проекту Закону України про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів».

5. Розпорядження КМУ від 31.10.2011 р. № 1164-р. – Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». – ОВУ. – 2011. – № 90, с. 32, ст. 3273.

6. Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р. – Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. – ОВУ. – 2017. – № 2, с. 175, ст. 50.

7. Постанова КМУ від 21.11.2013 р. № 917. – Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям. – ОВУ. – 2013. – № 100, с. 2, ст. 3666.

8. Проект Закону про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів від 10.04.2017 р. № 6327.

9. Наказ МОЗ України від 04.11.1911 р. № 756 – Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-

санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації. – ОВУ. – 2011. – № 101, с. 112, ст. 3733.

10. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751. – Положення про реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги. – ОВУ. – 2012. – № 95, с. 174, ст. 3857.

11. А. В. Іпатов, О. М. Мороз, Н. О. Гондуленко та ін. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2016 рік: аналітично-інформаційний довідник /за ред. заступника начальника управління медико-соціальної допомоги населенню – начальника відділу експертизи тимчасової та стійкої втрати працездатності Медичного департаменту МОЗ України С. І. Черняка. – Дніпропетровськ: Акцент ПП, 2017. – 168 с.

12. Інтернет-ресурс МОЗ України: <http://www.moz.gov.ua>

13. Інтернет-ресурс: <https://golospravdy.com/medichna-reforma-chimalo-poslug-stanut-platnimi/>



УДК 616-036.86:616.24-002.5

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В УКРАЇНІ ЗА 2016 РІК

Професор А. В. Іпатов, Н. О. Гондуленко, С. С. Паніна,
Н. А. Саніна, Т. С. Ігумнова, В. В. Марочкіна

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

Резюме

В статті проведено аналіз показателів первинної інвалідності середі дорослого і трудоспособного населення України внаслідок сахарного діабету за 2016 рік з урахуванням віку та тяжкості інвалідності.

Вивчено стан первинної інвалідності (рівні, структура, регіональні особливості) при сахарному діабеті середі дорослого і трудоспособного населення в Україні. Проаналізовані статистичні дані центрів і бюро медико-соціальної експертизи 24 областей України і г. Києва (всього 4658 осіб, в тому числі 3459 осіб дорослого віку) за 2016 г.

Ключеві слова: сахарний діабет, епідеміологія, первинна інвалідність.

Summary: *The article analyzes the indicators of primary disability among the adult and working population of Ukraine due to diabetes mellitus in 2016, considering the age of the examined and the severity of the disability.*