

«Хвороби» медичної реформи

Підбити перші підсумки, обговорити помилки й визначити подальші кроки намагалися учасники парламентських слухань «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України».

– Соціологічні дослідження свідчать, що право на безкоштовне медичне обслуговування визнається українцями важливішим навіть за право на працю. До трійки пріоритетів увійшло також право на соціальний захист. Саме ці три складові лягли в основу президентських реформістських ініціатив. І найважливіша з них, безумовно, медична реформа, – заявив, відкриваючи зібрання, **Голова парламенту Володимир РИБАК**.

Керівник Верховної Ради звернув увагу на кілька «очевидних хвороб» у процесі реформування сфери охорони здоров'я. Першою і найбільшю з них він назвав те, що, відповідно до соціологічних опитувань, громадяни не сприймають заходи з реалізації реформ, хоча понад 90 відсотків українців упевнені в необхідності радикального реформування медичної галузі.

– Хіба це не парадоксально: громадяни України масово підтримують ініціативу Президента (про вдосконалення системи медобслуговування. – *Ред.*), але так само масово не сприймають те, як її втілюють у життя представники виконавчої влади? – зазначив В. Рибак.

Як приклад «ексцесу виконавців» він навів заходи з оптимізації мережі стаціонарів та структурування медичних закладів, які ігнорують інтереси сотень тисяч людей. Промовець звернув увагу на недовіру суспільства до національної медицини, якості медичних послуг, кваліфікації лікарів, сучасного рівня медичної освіти.

Ще однією проблемою, що потребує унормування на законодавчому рівні, В. Рибак назвав добровільне та обов'язкове медичне страхування.

– Зрозуміло, страхова медицина – не панацея, але міжнародний досвід свідчить, що вона допомагає зменшити розрив між вартістю сучасного лікування високої якості та фінансовою спроможністю населення сплатити за висококваліфіковані медичні послуги, – підкреслив Голова Верховної Ради.



– Не секрет, що багаторічні розмови про необхідність змін, модернізацію галузі, підвищення якості послуг і повернення поваги до роботи медиків натикалися на черговий популізм та бажання сподобатися своїм виборцям будь-якою ціною, а частіше, ціною самих змін. Переконала, що в країні немає жодної людини, яка була б задоволена станом справ у медицині. І люди не просто бажують, а вимагають від нас конкретних дій, – почала доповідь **міністр охорони здоров'я Раїса БОГАТИРЬОВА**.

Вона наголосила, що ініційована главою держави реформа в медичній галузі повністю гармонізована з європейською політикою «Здоров'я-2020».

Перші результати реформи: протягом 2011–2012 років у пілотних регіонах (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та місто Київ) майже повністю створена мережа закладів первинної медицини. Зокрема, сформовано 167 центрів медико-санітарної допомоги, для оснащення амбулаторій яких виділено 327 мільйонів гривень. Зарплата медпрацівників у пілотних регіонах зросла в середньому на 50 відсотків.

– Де запрацювали ці центри, спостерігається збільшення на 17 від-

сотків кількості звернень із профілактичною метою і зменшення на 15 відсотків викликів екстреної медичної допомоги, – повідомила міністр.

За її словами, до кінця 2013 року заплановано створити 548 центрів первинної медико-санітарної допомоги в непілотних регіонах. Для цього потрібен мільярд гривень.

Ще одна складова першого етапу реформи – запровадження екстреної медичної допомоги згідно з новим Законом «Про екстрену медичну допомогу». Суть новації – екстериторіальність, коли до пацієнта має виїжджати найближча медбригада, а не закріплена за конкретним районом.

Як приклад ефективної роботи Р. Богатирьова навела досвід Харківської області. На її території вже впроваджено автоматизовану систему керування роботою швидкої медичної допомоги, яка за допомогою сучасного програмного забезпечення та навігаційного обладнання контролює роботу бригад «швидкої». Нині середній термін доїзду на виклик у Харкові становить 9 хвилин, поза містом – 20–22 хвилини. Не відстає в реформах і Дніпропетровська область, де весь рухомий склад «швидких» обладнаний GPS-навігацією. Загалом протягом 2012 року для потреб пілотних регіонів закуплено 286 сучасних автомобілів.

У контексті вдосконалення сільської медицини міністр підкреслила, що нині її фінансування перенесено з кошторисів сільських та селищних рад на районні бюджети.

– Я застерігаю місцеві органи влади від оптимізації видатків на цю систему, оскільки неприйнятним і неприпустимим є скорочення мережі закладів, коли ви не можете запропонувати якіснішу послугу в тому ж самому місті, – наголосила Р. Богатирьова.

Говорячи про стратегічні завдання, урядовець підкреслила: одним із них є розвиток медичної індустрії, адже майбутнє медицини визначається революцією в галузі молекулярної біології, генетики та біотехнології.

– Я переконана й вірю в те, що при нашому житті медицина перетвориться із прохача, бідного родича державного бюджету на його донора, – зробила оптимістичний прогноз вона.

– У рейтингу агентства *Bloomberg* про стан здоров'я громадян у різних країнах Україна посіла 99-те місце зі 145 країн. Нас обійшли практично всі країни пострадянського простору: Грузія, Вірменія, Литва, Узбекистан, Білорусь, Росія. І причина такої ситуації не в розпочатій медичній реформі, а в багаторічній бездіяльності, політичній боротьбі та пустих дискусіях, – підкреслила **Голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Тетяна БАХТЕЄВА (фракція Партії регіонів)**. На її думку, народні депутати попереднього скликання зробили важливі кроки на шляху медичної реформи, створивши відповідну законодавчу базу.

– Можна критикувати медичну реформу, але не можна не бачити тих очевидних змін, які відбулися за останні три роки. Зокрема, в рамках ініційованого Президентом України проекту «Нове життя» відкрито десять сучасних перинатальних центрів, у яких уже народилося 20 тисяч немовлят. Лише за два роки нам удалося знизити рівень материнської смертності майже вдвічі, а рівень смертності малюків – з 9 до 8,5 на тисячу народжених. Таких рекордних, життєво важливих показників досягнуто вперше за всі роки незалежності України, – підкреслила під оплески залу Т. Бахтеєва.

Серед інших позитивних прикладів – те, що вперше за роки незалежності регіонам виділено цільові субвенції на закупівлю сучасного медичного обладнання. Це дало змогу істотно покращити матеріально-технічне оснащення лікарень. Значна увага приділяється завершенню будівництва лікувальних закладів. Так, у 2011 році відкрито Черкаську обласну дитячу лікарню, будівля якої 20 років залишалася покинутою. Завершується спорудження нового корпусу Національної дитячої спеціалізованої



лікарні «Охматдит», унікального медичного закладу світового рівня.

– Цього року стартує третій, останній етап медичної реформи. Ідеться про створення умов для запровадження системи державного медичного страхування. Вона передбачатиме не менш як 80 відсотків безкоштовного медикаментозного забезпечення застрахованого пацієнта, дасть змогу щорічно залучати до 6 мільярдів гривень на оновлення матеріально-технічної бази медичних закладів і щороку на 20–30 відсотків підвищувати зарплату лікарям, – зазначила Голова комітету.

Президент Академії медичних наук України Андрій СЕРДЮК озвучив пропозиції його відомства стосовно законотворчої діяльності в сфері медичної науки та охорони здоров'я. Серед новел, що потребують першочергового розгляду у Верховній Раді, – внесення змін до закону про трансплантацію.

– У Білорусі здійснюється 80 трансплантацій серця на рік. У нас торік – аж одна, при цьому в черзі на операцію – понад тисяча осіб! Білорусь і Росія вже давно змінили презумпцію незгоди на презумпцію згоди на трансплантацію, як це зроблено майже в усіх європейських країнах, – пояснив А. Сердюк.

Промовець також звернув увагу на критичний стан, у якому перебуває служба крові. Річ у тім, що за роки незалежності України кількість донорів зменшилася в 2,5 разу.

А. Сердюк розповів про один із важливих напрямів роботи академії – розробку проекту закону про високоспеціалізовану медичну допомогу, в основі якого створення єдиного медичного простору з високотехнологічних та витратних видів допомоги, котру наші громадяни поки що можуть отримати виключно за кордоном.

– Близько 90 відсотків пацієнтів, звертаючись у медичні заклади, по-

требують первинної меддопомоги. Натомість частка бюджету, що виділялася на цей наймасовіший вид допомоги, становила лише 13 відсотків від загального обсягу фінансування, – підкреслила **директор департаменту охорони здоров'я та курортів Вінницької облдержадміністрації Лідія ДІДЕНКО**.

Вона повідомила, що з початку реалізації пілотного проекту в закладах первинної ланки проведено ремонтних робіт на суму понад 22 мільйони гривень. Такого значного фінансування не було протягом останніх 10 років. Уперше вдалося підвищити зарплату сімейному лікарю за обсяг виконаної роботи, й нині вона становить близько 5 тисяч гривень.

Також у всіх районах Вінницької області передбачено стимули для медичних працівників: безкоштовне навчання сімейних лікарів і забезпечення їх житлом.

Голова підкомітету з питань законодавчого забезпечення медичної діяльності, захисту прав пацієнтів і професійної відповідальності медичних працівників Комітету ВР з питань охорони здоров'я Юрій ПОЛЯЧЕНКО вважає, що починати цю медичну реформу треба було ще в 2005–2008 роках, адже проводити її в період економічної кризи доволі складно.

– Не помічаючи позитивних перетворень, наші колеги-політики, як мінімум, лукавлять. А загалом це просто нечесно: говорити на біле чорне й не бачити нових перинатальних центрів, нових високотехнологічних лікарень, поліклінік, центрів екстреної медичної допомоги, – підкреслив народний депутат.

Утім, промовець не оминув увагою й проблемні аспекти реформи. Зокрема, відсутність чіткого розмежування й відповідальності за проведення реформ між центром і регіонами, брак діалогу з лікарськи-



ми асоціаціями, профспілками та організаціями пацієнтів. Ю. Поляченко запропонував звернутися до Президента України з пропозицією створити експертно-аналітичну групу, яка проведе всебічний та ґрунтовний аналіз ходу реформи й надасть рекомендації щодо наступних кроків.

– Подальша модернізація галузі охорони здоров'я потребує прийняття низки нормативних актів, якими слід нарешті визначити реальний рівень державних зобов'язань [у медичній сфері. – *Ред.*], збалансованих із обсягами фінансового забезпечення, – наголосила **директор департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації Валентина ГІНЗБУРГ**.

Вона звернула увагу на те, що за два роки дії пілотного проекту в області вдалося істотно розширити мережу закладів первинної ланки – відкрити 254 амбулаторії. Після запровадження в 2012 році надбавки за обсяг виконаної роботи заробітна плата збільшилася в середньому на 72 відсотки. За час реформування житлом забезпечено 227 медичних працівників.

– Оновився автопарк, фінансування одного виклику «швидкої» збільшилося майже в 8,5 разу, – розповіла В. Гінзбург про створену на Дніпропетровщині єдину систему надання екстреної медичної допомоги.

– Ми маємо нині головне – адміністративну й політичну волю нашого Президента [до проведення реформи. – *Ред.*], чого бракувало 20 років. У жодній країні світу медична реформа не припиняється ні на хвилину. Це безперервний процес, і Україну він також чекає. Нам не дають спочивати ні вчені, опановуючи нові технології, ні фармацевти, ні ті, хто працюють у сфері виробництва медуслуг. Тому нині ми почали лише перші кроки з модернізації медичних послуг, – підкреслив

голова Волинської облдержадміністрації Борис КЛІМЧУК.

Серед його пропозицій – внесення змін до Бюджетного кодексу, який містить застарілу норму про прив'язку фінансування до ліжко-місць. На думку очільника Волині, фінансування сімейного лікаря за залишковим принципом, оскільки пріоритет у затратного стаціонарного лікування, – це абсурдна система планування, бо легше й дешевше запобігти захворюванню, ніж його лікувати.

– Ми чуємо багато інформації про закриття медичних закладів. Я наведу такий приклад. У нас на Донеччині наразі працюють 446 амбулаторій, а ще в 2010 році їх було тільки 142. Отже, маємо не скорочення, а трикратне збільшення амбулаторій, – підкреслила **заступник голови Донецької облдержадміністрації, начальник головного управління охорони здоров'я Олена ПЕТРЯЄВА**.

Вона наголосила, що модернізація системи охорони здоров'я – це реформа не лише профільних закладів й управлінь, а й усієї влади. Наприклад, від місцевої влади залежать інфраструктурні перетворення – проведення ремонту автошляхів, відкриття додаткових маршрутів, які поєднують населені пункти, придбання нового транспорту для доступності медичної допомоги.

Представник Донецької області звернула увагу на розширення аптечної мережі регіону на 217 закладів (22 відсотки від усієї кількості) за останні два роки. При цьому в соціальних аптеках ліки продають за цінами заводів-виробників.

О. Петряєва розповіла про меморандум між облдержадміністрацією, Донецьким національним медичним університетом і провідними фармпредставництвами з підготовки фармацевтів.

– Ми керувалися головним принципом медицини: не нашкодь, – підкреслив **директор департаменту охорони здоров'я Київської міськдержадміністрації Віталій МОХОРЕВ**. – Ураховуючи реалії Києва як міста-мегаполіса, столиці, впровадження заходів із реформування системи охорони здоров'я розпочали з двох районів столиці в 2012 році. І лише на початку 2013 року, зважаючи на всі виявлені недоліки й проблемні моменти, розпочали реформування в усьому місті.

Як розповів В. Мохорев, одним із ключових завдань стратегії розвитку Києва є збільшення очікуваної тривалості життя киянина з 73 до 80 років. Акцент робиться на традиційних рецептах – профілактиці захворювань й пропаганді здорового способу життя.

– Природно, що виконання цих завдань має відбуватися на рівні первинної медичної допомоги, а са-

ме, на рівні сімейного лікаря, – уточнив промовець. Насамкінець В. Мохорев, як і інші представники пілотних регіонів, підтвердив, що нова організаційна форма лікувального закладу – комунальне некомерційне підприємство стимулює медичних працівників до якісної роботи. Так, середня заробітна плата зросла в середньому до 5,5–6,5 тисячі гривень залежно від кваліфікації лікаря і, відповідно, медичних сестер – майже до 5,5 тисячі в середньому по Києву. А створення розгалуженої мережі амбулаторій сімейної медицини (понад 100) в столиці дало змогу скоротити до 1 кілометра маршрут пацієнта до лікаря.

– Скільки ми зараз не кричимо про недосконалість реформи медичної галузі в Україні, ми розуміємо: зупинена вона вже не буде, адже це – як потяг, де відмовили гальма. Об'єктивно є певні успіхи, але надто багато помилок унаслідок поспішності та незаженості рішень, – зауважила **голова підкомітету з питань законодавчого забезпечення охорони материнства та дитинства, репродуктивного здоров'я Комітету ВР з питань охорони здоров'я Марія ІОНОВА (фракція УДАР)**. – Таке враження, що чиновники МОЗ не помічають масових виступів населення проти закриття лікарень і поліклінік. Діалог із профспілками медпрацівників, які висловлюють скептицизм щодо планів реструктуризувати лікарні без збільшення бюджетних витрат і запровадження страхової медицини, нагадує сварку. Прикладів можна навести безліч, ними рясніє пошта кожного народного депутата.

М. Іонова наголосила: про які європейські стандарти лікування може йтися, якщо на фінансування системи охорони здоров'я в Україні йде 3,3 відсотка ВВП, а в Європі – 7 відсотків?!

– Нинішні авантюри хаотичні дії влади призводять до ще більшого погіршення ситуації. Позитивного ефекту не відчувають ані пацієнти, ані медики, ані бюджет. Є всі підстави вважати, що в такому вигляді реформа приречена на провал, – вважає **голова підкомітету з питань законодавчого забезпечення реформування системи охорони здоров'я, медичної освіти та науки Комітету ВР з питань охорони здоров'я Святослав ХАНЕНКО (фракція ВО «Свобода»)**. Утім, парламентарій уточнив, що зупинка реформ призведе до остаточної деградації галузі, тож слід уже нині на найвищому рівні визнати наявні помилки й кардинально переглянути підходи до реформи.

– Про справжню реформу системи охорони здоров'я можна говорити лише тоді, коли лікар загальної практики сімейної медицини стане самостійною юридичною особою, фондотримачем, який, окрім медичної функції, здій-



снюватиме економічні, фінансові, юридичні й організаційні заходи для забезпечення здоров'я своїх пацієнтів, – підкреслив С. Ханенко.

Серед пропозицій фахівця – запровадження нової освітньої спеціалізації «медичне право» та «медична ядерна фізика» для роботи у сфері профілактики проблем, пов'язаних із обігом і вживанням алкоголю та наркотиків, реабілітації залежних від цього хворих.

Народний депутат переконаний, що профільне міністерство слід виключити з процесу державних закупівель у галузі охорони здоров'я, бо ця система «абсолютно корумпована».

– Шкода, що на засіданнях профільного комітету Верховної Ради, який має дуже багато запитань і пропозицій, ще жодного разу не було міністра охорони здоров'я, – зауважив **перший заступник Голови Комітету ВР з питань охорони здоров'я Роман ІЛИК (фракція ВО «Батьківщина»)**.

Він зазначив, що реалізовувати реформу в межах усієї України слід лише після ретельного аналізу помилок, що їх припустилися в пілотних регіонах. Натомість в об'ємних матеріалах Кабінету Міністрів такий аналіз відсутній.

– Коли нам міністр Раїса Богатирьова розкаже про те, що «швидка» приїжджає за 9 хвилин, то я вам розкажу, як це відбувається в моєму окрузі – Борзнянському районі Чернігівської області, селі Нові Млини, де закрили дільничну лікарню. Від райцентру до села – 53 кілометри. Дороги немає. І тих, хто дзвонить на «швидку», питають, скільки вам років. Якщо людина старшого віку, вже ніхто не поїде. Якщо немає чим заправити машину, також не поїдуть. Коли я в округ приїжджаю, що в мене медики просять? Дайте колесо до машини, дайте акумулятор до машини, дайте бензин до машини. Ото й уся ваша медична реформа, – зазначив **позарядчий народний депутат Олег ЛЯШКО**.

– Говорять про одне, а роблять геть інше. Президент поставив завдання – підвищити якість та доступність медичної допомоги населенню. У пілотних регіонах спостерігаємо протилежне. Центри первинної медичної допомоги оснащені на 60 відсотків від нормативів. Штатні посади лікарів первинної ланки укомплектовані в Донецькій області на 63,8 відсотка, у Дніпропетровській – на 75 відсотків, – підкреслила **перший заступник Голови Комітету ВР з питань охорони здоров'я Ірина СПІРИНА (фракція Компартії)**. – Укомплектованість екстреної медичної допомоги лікарями в пілотних регіонах становить близько 60 відсотків. Лікарів-терапевтів за 6 місяців масово перенавчають на сімейних лікарів, але опанувати 8 клінічних спеціальностей за такий термін не-



можливо! Про яке підвищення якості лікування ми говоримо, якщо навантаження на лікаря перевищує нормативи майже вдвічі, а середня заробітна плата нижча, ніж у освітній галузі.

На думку парламентарія, у звітах про медичну реформу в пілотних регіонах не відображено реального стану справи у галузі, тож неможливо порівняти ефективність попередньої системи охорони здоров'я та реформованої. Тому Комуністична партія підготувала законопроект про скасування медреформи.

– Якщо керівник територіальної громади разом із медиками не займається питаннями реформи, її ефективність буде дуже низька. Результат є там, де ця робота ведеться спільно, – наголосив під оплески учасників слухань **президент Асоціації міст України, міський голова Кривого Рогу Юрій ВІЛКУЛ**.

Він також підкреслив, що нові комп'ютеризовані амбулаторії Кривого Рогу значно підвищили доступність надання медичної допомоги жителям міста.

Голова громадської ради при Міністерстві охорони здоров'я, президент Всеукраїнського лікарського товариства Олег МУСІЙ критично оцінив підвищення заробітної плати медпрацівників первинної ланки.

– Якщо уважно прочитати постанову Кабінету Міністрів № 209, яка мала б відповісти на сподівання медиків, то взагалі незрозуміло, що це: нова надбавка за якість медичної допомоги чи давно знайома премія за економію фонду заробітної плати, – пояснив О. Мусій.

Тож він запропонував радикально змінити цей нормативний акт, передбачивши незалежне формування оплати за обсяг і якість роботи, лібералізувати підходи до визначення цих надбавок і надати право вирішувати такі питання трудовим колективам.

– Реформа та нова система лише тоді стануть надбанням суспільства, коли лікар, медсестра, медична спільнота будуть активними гравцями цієї системи, а не іграшками в

руках недолугих чиновників, – наголосив промовець.

– У 2011 році медична реформа звелася до закриття близько 300 лікарень і майже 800 поліклінік. У 2012 році цифри ще катастрофічніші, – зазначив **народний депутат України Павло ПЕТРЕНКО (фракція ВО «Батьківщина»)**.

На його думку, Міністерство охорони здоров'я вже давно перестало бути органом, який опікується здоров'ям громадян. Зокрема, він звернув увагу на завищені ціни на ліки в нашій державі. Наприклад, ціна препарату для профілактики інсульту «Плавікс» в Україні становить близько 900 гривень, у Болгарії – 140 гривень, у Молдові – 172 гривні.

– Чи повірять медпрацівники, що обіцяні зміни в галузі охорони здоров'я приведуть до поліпшення їхнього добробуту, якщо вже п'ятий рік поспіль розмір посадового окладу працівника першого тарифного розряду Єдиної тарифної сітки встановлюється нижче від рівня мінімальної заробітної плати? Як наслідок втрачається третина заробітку, а це понад 5 тисяч гривень на рік у медсестри, понад 6 тисяч – у лікаря-початківця, понад 10 тисяч – у сімейного лікаря, понад 11 тисяч – у лікаря «швидкої», понад 12 тисяч – у лікаря-хірурга, – зауважила **голова Профспілки працівників охорони здоров'я України Вікторія КОВАЛЬ** і закликала народних депутатів внести зміни до держбюджету для виправлення ситуації.

На її думку, низький рівень оплати праці є головним чинником витіснення кадрів із медичної галузі. Через це в Україні не вистачає понад 42 тисячі лікарів і понад 17 тисяч медичних сестер, незважаючи на те, що в системі охорони здоров'я працюють 42 тисячі лікарів пенсійного та 20 тисяч передпенсійного віку.

За наслідками слухань Комітет з питань охорони здоров'я підготує рекомендації, які згодом буде винесено до сесійної зали для ухвалення народними депутатами.

Олексій СИЩУК.

Фото Миколи БІЛОКОПИТОВА.