

## ДОСВІД РЕФОРМ В ПІЛОТНИХ РЕГІОНАХ МАЄ СТАТИ КОМПАСОМ ДЕРЖАВНИХ РІШЕНЬ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

(м. Вінниця)

**\*Вінницька міська рада (м. Вінниця)**

**Вступ.** Медична реформа сьогодні нікого не залишає байдужим: ні пацієнтів, ні лікарів, ні державу. Ця болюча тема обговорюється скрізь: по телебаченню, на «круглих столах», на сторінках газет та журналів, в транспорті, тощо. Багато громадських організацій немедичного спрямування беруться аналізувати все підряд і давати свою оцінку показникам здоров'я. З одного боку говорять про покращення (що не зовсім етично, так як за 2 роки з моменту старту реформи ні про яке покращення говорити не можна, мова може йти лише про показники здоров'я в динаміці), з іншого – в бік його погіршення.

Більше того, економіка України орієнтована на ринкові відносини протягом більше 20 років. А охорона здоров'я залишається в радянському правовому полі. Радянська (соціалістична) система охорони здоров'я різко відрізняється від охорони здоров'я країни з ринковою економікою. В світі не існує оптимальної моделі охорони здоров'я, яка б задовольнила однаково всі країни з розвинутою економікою, до якої на жаль, не відноситься сьогодні Україна.

Чи можна оцінити хід реформи? Система бюджетного фінансування охорони здоров'я (система Самашко) реалізується у Великобританії, Данії, Швеції, Італії, Ірландії. Але це також не чиста самашківська система, а пристосована до економіки кожної із країн. І бюджети цих країн також різні, і відрахування в бюджет на охорону здоров'я відрізняються один від одного. Ціла низка соціальних проблем, пов'язаних з одержанням якісного медичного обслуговування населення України вже давно підійшла до критичного моменту і необхідність реформування української охорони здоров'я назривала не один десяток літ. Адже об'єм та якість медичної допомоги залежить перш за все від соціально-економічних змін в державі. І якщо ці процеси не розвиваються, чи розвиваються повільно, то громадське здоров'я наших громадян не може стати кращим.

Така ситуація, на жаль склалася не сьогодні, а пов'язана з тими проблемами, які накопичилися в країні за багато попередніх років. Провідними серед них є: державні гарантії «безкоштовної» медичної допомоги населенню, які носять сьогодні переважно

декларативний характер; відсутня ефективна система оплати праці медичних працівників на всіх рівнях; висока вартість сучасних медичних технологій; невідповідність проблем первинної медичної допомоги і можливостей її фінансування; недостатньо сформована законодавча і нормативно-правова база охорони здоров'я. Не може бути такого, щоб заробітна плата лікаря, який навчається 8 років у ВУЗі і якому довіряють саме цінне – здоров'я і життя, в рази була нижчою ніж є в промисловості. В жодній країні світу такого немає. Але якщо подивитися з іншого кінця, то ніде в Європі не існує 133 вузьких лікарських спеціальностей, як це є в Україні. В Європі таких спеціальностей від 24 до 55.

**Мета дослідження.** Дати об'єктивну оцінку стосовно виконання Закону України №3612-VI від 07. 07. 2011 в частині реформування первинного рівня надання медичної допомоги населенню пілотного регіону (м. Вінниця): визначити основні проблеми реформ I та II рівня та запропонувати наші пропозиції.

Звернути увагу на зміни у забезпеченні реформованої матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних закладів, чи поліпшилась кадрова політика і чи вдається покращити якість і доступність медичної допомоги населенню в пілотному регіоні?

Як оцінити хід реформи і зміни в охороні здоров'я? І чи потрібні нам реформи?

**Об'єкт і методи дослідження.** Об'єктом дослідження стали заклади охорони здоров'я, які підлягали реформуванню. Методи дослідження: аналітичний, статистичний, порівняльний, соціологічний.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Основними проблемами до впровадження Закону в системі первинної ланки були:

1. Невідповідність потреб ПМСД і можливостей її фінансування.

2. Децентралізація підпорядкування (більшість сільських амбулаторій ЗП-СМ фінансується сільрадами, і вони неспроможні виступати, як надійний замовник медичних послуг).

3. Недостатнє оснащення закладів ЗП-СМ.

4. Кадрова проблема.

5. Непідготовленість багатьох керівників до роботи в нових умовах в закладах первинного рівня.

Основні завдання реформи:

- підвищити якість медичних послуг;
- покращити доступність медичних послуг;
- поліпшити ефективність державного фінансування;

створити економічні стимули для роботи медичних працівників на всіх рівнях надання допомоги, особливо її первинної ланки.

Досвід діяльності закладів ЗП-СМ в Україні і наш особистий досвід засвідчив, що її перехід до широкого запровадження в медичну практику є досить тривалим, болючим і складним процесом і потребує передусім не лише правового забезпечення розвитку СМ, а і бажання самих медичних працівників і населення змінити ситуацію на краще.

З нашої точки зору реформування галузі має здійснюватись виважено і управління реформами не може проводитись у різних регіонах (містах і селах) під копірку, а тим паче швидкими темпами. Також неможливо швидкими темпами сформувати центри ПМСД при наявності великої мережі ЛПЗ, вищих навчальних закладів в обласному центрі, на відміну від сільських поселень.

Для нашого міста, згідно нормативів щодо організації ЦПМСД (від 50 до 100 000 населення – 1 центр); потрібно було організувати 4 центри ПМСД. З 1 січня 2012 року ми організували 7 центрів, потім зменшили до 5. До цього в місті функціонувало 3 самостійних дорослих, 3 дитячі поліклінік, 4 поліклініки при багатопрофільних лікарнях, десятки здоров'я пунктів, мед-пунктів при підприємствах, вищих і середньо-технічних навчальних закладах.

Структурними підрозділами ЦПМСД мають стати амбулаторії (згідно нормативно правових документів МОЗ). У нашому місті їх повинно бути 60-90. Згідно нормативних документів з організації СМ в Україні до прийняття Закону в міських поліклініках відкривались відділення ЗП-СМ. А сьогодні хоча ці «старі» накази МОЗ діючі (2001-2004рр.), однак вони не співпадають з теперішніми наказами, де в структурі ЦПМСД відділень ЗП-СМ не існує.

Тобто, щоб відкрити в місті 60 амбулаторій, забезпечити ще кращу доступність міського населення до закладів первинного рівня потрібен не лише час, а й значні кошти, які держава сьогодні не має змоги виділити. Окрім цього, вважаємо, щоб здійснити цей намір потрібна не рішуча атака на медичні заклади, а етапність, виваженість і професійність. Міська влада м. Вінниці слідує цьому принципу.

Підготовчий етап до початку реформи має бути не 5-6 місяців, а значно більшим. Перед початком реформ ми провели ретельний аналіз стану охорони здоров'я на місцях, а саме:

- вивчили ресурсне забезпечення (кадри, фінанси, матеріально-технічну базу);
- показники здоров'я (демографічні, захворюваність, поширеність особливо соціально-небезпечних захворювань, первинний вихід

на інвалідність, смертність немовлят, материнську смертність, тощо).

Спільно з департаментом охорони здоров'я і ВНМУ, за підтримки мера і ректора університету і з нашої ініціативи був розроблений план підготовки керівників центрів ПМСД та їх заступників по 72 годинній програмі з основ організації ЗП-СМ.

Вінницькою міською радою були виділені кошти для позачергової підготовки лікарів ЗП-СМ міста, а ВНМУ організовані виїзні цикли навчання у м. Вінниці. Розпочато процес впровадження добровільного медичного страхування (ДМС) населення, для чого створено страхову компанію «Місто», основним завданням якої є безперервне страхування здоров'я. Медичними послугами компанії користуються багато колективів м. Вінниці. Страхова компанія «Місто» оплачує первинну, вторинну і третинну медичну допомогу у разі захворювання, а також у зв'язку з вагітністю і пологами.

Успішно реалізувався спільний проект міста Вінниці, держави Ізраїль і фонд Порошенка з будівництва сучасного госп-розрахункового міського діагностичного центру, оснащеного найсучаснішою медичною апаратурою, який розпочав перший прийом пацієнтів у вересні 2012 року. На підтримку соціально незахищених верств населення, міською радою виділяються кошти по пільговим тарифам, а обстеження ургентних хворих проводяться безкоштовно. З метою забезпечення прозорості у відборі медичних кадрів і боротьбі з корупцією запроваджено конкурсну систему прийняття на роботу лікарів, які закінчили ВУЗи на контрактній основі.

Рішенням виконавчого комітету міської ради створена Медична рада, голова ради якої затверджується за поданням міського голови. Члени Медичної ради – це є незалежні експерти: професора, доценти, лікарі першої і вищої категорії, які працюють у медичному ВУЗі і ЛПЗ обласного підпорядкування.

Засідання проводяться не рідше ніж 1 раз на 2-3 місяці.

Основними питаннями Медичної ради є: контроль якості надання медичної допомоги населенню, розгляд скарг за дорученням міського голови і його заступників, експертиза проектів рішень міськвиконкому з питань реформування, проведення клініко-пат. анатомічних конференцій при виникненні конфліктних ситуацій.

При створенні центрів ПМСД паралельно відкривались консультативно-діагностичні підрозділи в багатопрофільних лікарнях, куди ми перевели вузьких спеціалістів.

В 2012 році в ЦПМСД придбано медичного обладнання згідно табелів оснащення: аналізатори, доплери, опромінювачі, стерилізатори, сумки-укладки лікаря та медсестри, глюкометри, електрокардіографи, пульсоксиметри, меблі.

У 2013 році ЦПМСД отримали 13 спеціалізованих автомобілів марки «Джипі», а також компютерну техніку. Крім того, департаментом охорони здоров'я закуплене медичне обладнання для ЛПЗ міста:

рентген апарати, УЗД апарати портативні, флюорографи, тощо.

За декілька років до проведення реформи за рахунок бюджету в місті відкритий перинатальний і кардіологічний центри.

Багато країн нам заздрили стосовно високого рівня надання медичної допомоги дітям, і навіть зараз країни ЄС не мають такої розвиненої мережі дитячих поліклінік, які були у нас.

З нашої точки зору, масове перенавчання педіатрів на курсах по ЗП-СМ в майбутньому може призвести до погіршення показників захворюваності, росту дитячої смертності і хронізації захворювань. Очікується, що лікар педіатр стане консультантом. Вважаємо, що педіатрія в державі на рівні з сімейною медициною повинна зберігатися, як одна із пріоритетних лікарських професій в інтересах майбутніх поколінь і нації в цілому, але на жаль, сьогодні механізму збереження педіатричної служби в пілотних регіонах не існує.

Великою проблемою є те, що в нових наказах МОЗ відсутнє місце шкільно-дошкільної служби центрів ПМСД, відсутні як посади лікарів дошкільних навчальних закладів, так і шкіл, і ми самотужки вирішуємо цю проблему, створюючи педіатричні відділення в консультативно-діагностичних центрах, багатопрофільних лікарень, що не призводить до покращення ситуації у зв'язку з віддаленістю шкільно-дошкільної служби від сімейного лікаря і некерованістю процесом.

#### **Проблеми, які виникають при проведенні реформи:**

1. Недосконала законодавча база розвитку СМ у містах, де була розгалужена сітка дитячих та дорослих поліклінік із задовільним забезпеченням кадрами та обладнанням призвело до погіршення, а не покращення доступності медичної допомоги у великих містах. Це стало тому, що модель реформування не може бути однаковою у місті та сільській місцевості, тобто місто не повинно зійти до рівня села, а село має піднятися до рівня міста.

2. Центральною проблемою є невідповідність ПМСД і можливостей її фінансування на сучасному етапі. На створення амбулаторій ЗПСМ в житлових масивах великого міста потрібні значні кошти, а їх нереально знайти в короткий термін. Запропоновані наказом МОЗ України №793 від 10. 09. 2013 року нормативи є завищеними для міст обласного значення. Крім того, в містах існує дефіцит вільних і придатних для відкриття амбулаторій приміщень. За попередніми розрахунками відповідно до вимог наказу в містах кількість існуючих амбулаторій має бути збільшено у 1,5-2 рази, що унеможливить виконання вимог наказу через відсутність фінансування і вільних приміщень у спальних районах та новобудовах.

3. Відповідно до існуючих нормативів в центрах ПМСД створюється ситуація, коли для проведення флюорографії, лабораторних методів дослідження, організації денного стаціонару, що вкрай необхідно для встановлення раннього діагнозу та лікування

переважної більшості захворювань населення у містах, необхідно звертатися до закладів вторинного рівня. Таке «направлення» пацієнтів створює незручності не лише для лікарів а й для пацієнтів, погіршує доступність до якісних медичних послуг населення і викликає незадоволення пацієнтів

4. Проблеми в розмежуванні потоків дорослих та дітей у ЦПМСД, створених на базах існуючих поліклінік.

5. Гроші не «пішли» за пацієнтом, фінансуються, як і раніше, в основному, не медичні послуги, а утримання ЗОЗ (заробітня плата і енергоносії).

6. Постанова Кабінету Міністрів № 395 від 20. 05. 2013 року, а також Наказ МОЗ України № 462 від 01. 06. 2013 року передбачає нарахування додаткової оплати за якісні показники, підрахувати які дуже важко, ще важче перевірити їх достовірність. Це можна зробити лише за наявності єдиної комп'ютерної медичної мережі, якої сьогодні не має, а також збільшення штатів планово-економічного відділу ЦПМСД.

7. Згідно нормативних документів на другому етапі реформи ми повинні передати на обласний бюджет для управління весь другий рівень надання медичної допомоги, залишивши в межах міста обласного центру лише первинний рівень. Вважаємо це недоцільним, так як дане рішення призведе не лише до втрати впливу органів міського самоврядування на здоров'я населення в регіоні, але і до погіршення якості надання медичних послуг у зв'язку з некерованим процесом.

#### **ПРОПОЗИЦІЇ.**

1. Забезпечити механізми збереження педіатричної служби при проведенні реформування на первинному рівні, принаймні щодо обслуговування дітей до 7-річного віку.

2. Пропонуємо зберегти в закладах первинного рівня, особливо міст обласного значення, здійснення таких видів дослідження як: флюорографія, лабораторні методи і УЗ дослідження, а також денні стаціонари і фізіотерапевтичні методи лікування пацієнтів.

3. Рекомендувати МОЗ України визначити основні критерії ефективності заходів при проведенні реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах, насамперед медичних та економічних, з метою поширення найкращого досвіду по всій території України.

4. Внести зміни до Наказу МОЗ України від 10. 09. 2013 р. №793 «Про затвердження нормативів забезпеченості мережею амбулаторій – підрозділів центрів ПМСД» в частині визначення нормативу для міст обласного значення. Пропонуємо встановити норматив забезпеченості, визначивши мінімальну та максимальну кількість ЛПЗ, із врахування транспортної доступності до медичних закладів.

5. Розробити нормативи обслуговування школярів та дітей, які відвідують ДНЗ медичними працівниками шкільно-дошкільних відділень у великих містах, так як в штатах ЦПМСД відсутня шкільно-дошкільна служба.

6. Розробити державну програму з надання фінансової допомоги місцевим бюджетам на період 2014-2019 рр. для впровадження СМ та створення мережі амбулаторій ЗП-СМ.

7. Надати можливість встановлення «місцевих стимулів» для медичних працівників первинної ланки, передбачивши такі повноваження на законодавчому рівні із визначеними джерелами фінансування.

8. Залишити 2-й рівень надання медичної допомоги в містах обласного значення, де є можливість організувати один госпітальний округ.

9. Удосконалити нормативно-правову базу охорони здоров'я відповідно проведених реформ в пілотних регіонах, враховуючи виявлені проблеми та недоліки.

10. Заслухати звіти керівників пілотних регіонів про результати реформ і кращий досвід регіонів

(великих і малих міст, а також сільських поселень) розповсюдити на всю Україну, враховуючи проблеми на шляху реформування.

**Висновки.** Сьогоднішня реформа не обходить нікого, зачіпає в більшій чи в меншій мірі практично всіх керівників різного рівня і підпорядкування, науковців, лікарів, медичних сестер, нянь і наших пацієнтів. І всі ми разом маємо допомагати один одному в цьому нелегкому, можна сказати невдячному питанні, виходити більше не з критикою в бік медичних працівників, а з своїми пропозиціями. Головне, щоб набутий досвід реформ в пілотному регіоні (як позитивний, так і негативний) міг стати компасом не лише для громадської думки, але й для державних рішень, які приймаються і будуть прийматися у великих владних кабінетах держави, а завтра можуть докорінно змінити наше життя і медичну допомогу на краще.

### Література

1. Закон України №3611-VI «Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», м. Київ, 7, 2011.
2. Закон України №3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», м. Київ, 2011 р.
3. Наказ МОЗ України №384 від 29. 06. 2011 р. «Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги».
4. Наказ МОЗ України №645 від 05. 10. 2011 р. «Примірні штатні нормативи центру первинної медико-санітарної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».

УДК 614. 2:338. 24. 021. 8

#### ДОСВІД РЕФОРМ В ПІЛОТНИХ РЕГІОНАХ МАЄ СТАТИ КОМПАСОМ ДЕРЖАВНИХ РІШЕНЬ

Черешнюк Г. С., Пилипчук В. Л., Кречотень О. М., Тарасюк М. Б., Грабович Л. О.

**Резюме.** У роботі представлені матеріали поглибленого аналізу діяльності центрів ПМСД з моменту старту реформ в одному із пілотних регіонів – м. Вінниця.

Метою написання статті було висвітлення позитивних та негативних моментів, а також показати проблеми, які виникали при проведенні реформування медичної галузі, зокрема її первинного рівня.

Центральною проблемою автори вважають невідповідність ПМСД і можливостей їх фінансування, відкриття амбулаторій у великому місті швидкими темпами, недосконалий наказ МОЗ України стосовно тимчасових штатних нормативів центрів ПМСД. Виникають проблеми в розмежуванні потоків дорослих та дітей, вагітних і жінок в центрах ПМСД, створених на базах існуючих поліклінік тощо.

**Ключові слова:** реформування медичної галузі, центри ПМСД, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, якісна медична допомога.

УДК 614. 2:338. 24. 021. 8

#### ОПЫТ РЕФОРМ В ПИЛОТНЫХ РЕГИОНАХ ДОЛЖЕН СТАТЬ КОМПАСОМ ГОСУДАРСТВЕННЫХ РЕШЕНИЙ

Черешнюк Г. С., Пилипчук В. Л., Кречотень Е. Н., Тарасюк М. Б., Грабович Л. А.

**Резюме.** В работе представлены материалы углубленного анализа работы центров первичной медико-санитарной помощи от истоков реформирования в одном из пилотных регионов – г. Виннице.

Целью исследования было изучение преимуществ и недостатков, проблем и достигнутых ходов реформирования, в частности и первичного звена.

Важнейшей нерешенной проблемой авторы исследования считают несоответствие миссии ЦПМСП возможностям их финансирования, открытие ускоренными темпами семейных амбулаторий, несовершенство приказа МЗ Украины относительно временных штатных нормативов ЦПМСП.

Нерешенными остаются проблемы размежевания потоков пациентов детского возраста, взрослых, беременных женщин в тех ЦПМСП, которые созданы на базах бывших городских поликлиник.

**Ключевые слова:** реформирование медицинской отрасли, центры первичной медико-санитарной помощи, амбулатории общей практики-семейной медицины, качество медицинской помощи.

---

---

UDC 614. 2:338. 24. 021. 8

**Reform Experience in the Pilot Regions Should Become a Compass for State Decisions**

**Chereshnyuk G. S., Pylypchuk V. L., Krekoten O. M., Tarasyuk M. B., Grabovych L. O.**

**Abstract.** This paper presents an in-depth analysis of the activities of primary health care (PHC) centers from the reform starting in one of the pilot regions – the city of Vinnytsia. The objective of the article is to cover positive and negative aspects and to show the problems arising on reforming of the medical branch, its primary level in particular. The article is based on a large number of works of the Public Health Department of Vinnytsia City Council, scientists of the Department of Social Medicine and Health Care Organization of Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, including the personal experience of one of the authors in family medicine management, abroad as well.

At present at the beginning of the 21 century the state of the population health in the countries of the Former Soviet Union is much worse than in the European countries. The Soviet public health protection should have been adapted to the market conditions as far back as 23 years ago when our country chose the other way of development different from the socialist one.

Nowadays the resources of Ukraine are extremely exhausted that's why the deliberation of decisions directed at implementation of the first stage of the reforms (Law of Ukraine No. 3612-VI of 07. 07. 11), setting up of PHC centers, personnel training for family medicine management is especially urgent. Implementing the reforms the authors point out achievements and especially unsettled problems.

Public health institutions subject to reforming in Vinnytsia constituted the subject of the research. The main achievements included: training of the key personnel of PHC centers for management of general practice – family medicine (GP-FM), extra training of GP-FM doctors of the city at the specially organized off-site training, establishment of the insurance company “Misto” principally meant for continuous health insurance. The common project of the city of Vinnytsia, the state of Israel and Poroshenko's Fund for building of a modern self-sustained city diagnostic center has been successfully implemented.

At the same time consultative-diagnostic divisions at multifield hospitals have been opened. Specialized cars, computers, furniture and equipment for PHC centers have been received. The authors think that the main problem is non-compliance of PHC centers and possibilities of their financing, quick opening of outpatient clinics in the city, imperfect order of the Ministry of Public Health of Ukraine concerning temporary staff standards of PHC centers where there are no laboratory assistants, including X-ray laboratory assistants, day hospital doctors, assistant nurses and others. There are problems of dividing streams of adults and children, pregnant and other women in PHC centers created on the basis of the existing polyclinics. Transfer of institutions of the second level to the regional budget according to the regulatory documents will lead to the process uncontrollability and deterioration of the quality of medical services provided to the population. The article presents proposals for improvement of the situation.

**Key words:** reforming of the medical branch, PHC centers, outpatient clinics of general practice-family medicine, high quality medical care.

*Рецензент – проф. Очеретько О. М.*

*Стаття надійшла 14. 04. 2014 р.*