

УДК 316

О. С. ОПРЯТНА

## СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ РАНЖИРУВАННЯ ТЕРИТОРІЇ ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ

*У статті проаналізовано результати перших років запровадження медичної реформи в Україні. Зосереджено увагу на підготовці кадрів для здійснення медичної реформи, аналізі її результатів і визначенні перспектив, впливу реформи на здоров'я громадян України в регіонах пілотного дослідження.*

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

Одним з головних питань за всі часи існування людства було, є і буде те, без чого не може існувати жодна жива істота, – гарне здоров'я. Ми розуміємо, щоб мати цю розкіш (для нинішніх часів), треба багато вкладати в цю індустрію, індустрію здоров'я. А для цього потрібно проводити реформування певних галузей, зокрема медичної. У реформуванні української медицини беруть участь фахівці з питань економіки, політики, медицини такі, а саме О. Бетлій [2; 3], І. Бураковський [3], С. Северин [3; 6], О. Мусій, С. Макаров, Т. Бахтеєва [1], К. Надутий, А. Терещенко [4], В. Павлов, Л. Станіславенко, О. Горбунова [6], Є. Найштетик, С. Ханенко, В. Скороходов, Л. Конаровська [7] та ін.

У цій статті ми розглянемо питання підготовки кадрів для здійснення медичної реформи, аналізу її результатів та визначення перспектив; вплив реформи в Україні на здоров'я громадян у пілотних регіонах.

**Мета статті** – аналіз медичної реформи в Україні з моменту її початку до сьогодні.

Координатор проекту “Аналіз реформи охорони здоров'я” Інституту економічних досліджень та політичних консультацій О. Бетлій наголосила, що за три роки, протягом яких триває медична реформа, не було ухвалено чіткої моделі реформування системи охорони здоров'я. Населення, навіть у пілотних регіонах, не розуміє, для чого ця реформа, у чому вона полягає Бетлій [3].

Медична реформа стартувала в Україні ще в 2011 р., на законодавчому рівні – у 2012 р., а фактично – у 2013 р., “без підтримки, без роз'яснень, без чіткого плану змін”, за словами О. Бетлій.

На тому, що населення України не розуміє суті медичної реформи, наголошують учасники круглого столу “Реформа охорони здоров'я в Україні: ідея та реалії” [3].

Реалізація пілотного проекту щодо реформування системи охорони здоров'я розпочалась у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій облас-

тях та місті Києві. Суть пілотного проекту полягає в проведенні в цих регіонах структурно-організаційної та функціональної перебудови системи медичного обслуговування протягом 2011–2014 рр., а до 2020 р. – і по всій Україні. Основні завдання пілотного проекту:

- підвищити рівень медичного обслуговування населення, розширити можливості щодо його доступності та якості;
- впровадити нові підходи щодо організації роботи закладів охорони здоров'я та їх фінансового забезпечення;
- підвищити ефективність використання коштів, передбачених для фінансового забезпечення системи охорони здоров'я [4].

Будь-яка реформа спирається на закон, а в законі прописано, що “кожен громадянин має право на безоплатне отримання медичної допомоги”. До такої допомоги належать:

- первинна медична допомога, яка передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, здійснення профілактичних заходів. Така допомога надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем зальної практики – сімейним лікарем;
- вторинна (спеціалізована) медична допомога, яка може бути надана лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики – сімейних лікарів) в амбулаторних або стаціонарних умовах в плановому порядку або екстрених випадках;
- третинна (високоспеціалізована) медична допомога, яка може бути надана із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності;
- екстрена медична допомога, яка полягає у здійсненні невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я [5].

Є. Найштетик зазначає: “Кожен громадянин сплачує прибутковий податок. За це держава зобов'язується надавати йому безплатне медичне обслуговування. Але не завжди надає, тобто порушує суспільний договір, що закріплений у Конституції. В новому Податковому кодексі є норма, згідно з якою у разі прийняття закону про обов'язкове медичне страхування ми можемо отримувати податкову знижку, якщо нам не буде надано належних медичних послуг” [7].

Те, що українську медицину треба реформувати, визнають усі, однак медична реформа викликає багато запитань навіть у самих лікарів.

Є численні претензії, такі як: брак кваліфікованих сімейних лікарів, відсутність доступної інформації про реформу й небажання чиновників радитися з лікарями та пацієнтами, яких ця реформа безпосередньо стосується. Та окремі скарги – щодо роботи швидкої допомоги, але, з одного боку, їй посирили вимоги до швидкості прибуття на виклик, а з іншого – позбавили спеціалізованих бригад.

Медична реформа в Україні необхідна, але поки її впроваджують не продумано й фрагментарно. Такий головний висновок зробив Інститут економічних досліджень та політичних консультацій, провівши аналіз реформи системи охорони здоров'я в Україні, результати якого були озвучені на круглому столі “Реформа охорони здоров'я в Україні: ідея та реалії” [6].

Усі ми розуміємо, що жодне перетворення в будь-якій сфері не може проходити гладко й безболісно.

Як відомо, успішне впровадження будь-яких реформ має базуватися на зваженому підході, чіткому формулюванні мети, затвердженні покрокового плану та критеріїв оцінювання реформування, і вивчення досвіду інших країн допомогло б уникнути багатьох помилок.

МОЗ України розпочало реформу без затвердження чіткої моделі реформування системи охорони здоров'я. У результаті пілотні регіони (Київ, Вінницька, Дніпропетровська і Донецька області) зіткнулися з необхідністю самостійно розробляти нові моделі надання медичної допомоги та підходи до її побудови.

Одним із найбільш важливих питань стала відсутність критеріїв реорганізації сільських дільничних лікарень в амбулаторії сімейної медицини. В окремих випадках це призвело до погіршення доступу до медичної допомоги для сільських жителів.

О. Бетлій зазначає: “Відсутність інформаційної кампанії напередодні та під час реформи збільшила опір реформі з боку медичних працівників, які не знають, що чекає на них завтра. Влада так і не пояснила громадянам, що таке реформа і яка її мета. Тому населення, яке звикло саме визначати собі шлях у системі охорони здоров'я, очікує від реформи тільки погіршення доступу до медичної допомоги” [6].

Сьогоднішня система охорони здоров'я перебуває в глибокій кризі. Соціологічні опитування стверджують, що українці “за” зміни в медицині, але “проти” такої реформи. Кожному потенційному пацієнтові хотілося б, щоб медицина була доступною, ефективною й адекватною їхнім доходам. Згідно з дослідженням Школи охорони здоров'я Національного університету “Києво-Могилянська академія”, 40% населення давали хабарі в медицині впродовж минулого року, причому троє з чотирьох пацієнтів, що перебувають на лікуванні в стаціонарі, платили за це. До того ж і кількість, і розмір таких платежів зростають щороку. А згідно з опитуванням Державної служби статистики, 16% респондентів зазначили, що члени їхніх сімей не змогли отримати медичну допомогу або купити ліки саме через високу вартість “безкоштовної” медицини. Наші лікарі сьогодні працюють як конкуренти, які зацікавлені у хворому пацієнті і в процесі лікування, а не одужання. Молоді випускники вишів із дипломом сімейного лікаря також не мають бажання відпрацьовувати в селі три роки, адже на них чекає зарплата 1300–1600 грн та обіцяні одноразові “підйомні” у розмірі 6 тис. гривень. “Я не уявляю активного молодого лікаря, який буде свою кар'єру, сім'ю і згоден працювати за ці гроші в таких умовах”, зазначає С. Северин [6].

До того ж стан здоров'я українців є незадовільним. За показником середньої тривалості життя Україна дуже відстає від країн ЄС. Для здоров'я, як відомо, важлива профілактика, якою в нашій країні, на жаль, не займається жоден лікар [6].

У світовій практиці 60–80% медичної допомоги надається на первинній ланці дільничими / сімейними лікарями. У нас же більшість допомоги надається на вторинній ланці, тобто вузькопрофільним спеціалістам, а найчастіше взагалі в стаціонарах. Це є дуже дорогим методом надання допомоги [5].

Одним із перших кроків медичної реформи в Україні є чітке структурування медичних установ за видами допомоги: первинна (амбулаторії), вторинна (клініко-діагностичні центри та лікарні), третинна (на рівні республіканських та обласних лікувальних установ, у тому числі диспансерів), а також екстрена медична допомога. У нашій країні поліклініка фактично відіграє роль первинної ланки, у результаті наші співгромадяни звертаються переважно до вузьких спеціалістів і самі вирішують, до якого лікаря їм піти. У європейських країнах 70% медичної допомоги надають лікарі первинної ланки – сімейні лікарі, терапевти та педіатри [6].

При впровадженні медичної реформи в областях-піонерах було змінено формулу розподілу фінансування: новоствореним центрам первинної медико-санітарної допомоги було виділено 28% коштів замість традиційних 15%. При цьому вторинна ланка медичної допомоги не отримала компенсацій попереднього рівня фінансування. У результаті ці установи зіткнулися із суттєвими проблемами в погашенні навіть поточних витрат. Це ще більше збільшило протистояння між установами різних рівнів, яке й так було величезним, особливо через те, що вузькі фахівці не бачать свого майбутнього та бояться звільнень чи примусу перевчатися на сімейних лікарів.

Голова Донецької обласної асоціації лікарів загальної практики – сімейної медицини С. Северин, вважає: “Головною проблемою пілотного експерименту є відсутність ефективного механізму зворотного зв'язку для своєчасної корекції помилок, які виявляються під час реформування” [6].

2013 р. – це третій рік реформи, але слід розуміти, яким шляхом ішов процес реформування. У 2010 р. було проголошено програму економічних реформ Президента України, у 2011 р. відбувалося напрацювання й осмислення значної частини нормативної бази – прийнято основні закони, за якими почала розвиватися галузь, що відкрило можливості для формування нових економічних механізмів, у 2012 р. фактично завершено формування нормативної бази для оновленої системи охорони здоров'я, а 2013 р. став фактично першим роком, який пройшов в умовах нової структури й нових фінансово-економічних механізмів, які застосовувалися конкретно в первинній ланці та частково – в екстреній медицині. Також протягом 2012 р. реалізовувалися національні проекти, зокрема “Нове життя” та “Вчасна допомога” (останній стосується екстреної медичної допомоги). Крім того, у 2013 р. впроваджено механізм відшкодування вартості антигіпертензивних ліків. Сьогодні вже можна оцінити деякі результати проведеної роботи [4].

Загалом по Україні вже створено 662 центри первинної медико-санітарної допомоги, що становить 85% від запланованого на 2013 р. У 14 регіонах України (АР Крим, Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Закарпатська, Запорізька, Київська, Кіровоградська, Луганська, Миколаївська, Полтавська, Херсонська, Чернігівська області та Київ) план створення центрів первинної медичної допомоги виконано на 100%.

З метою поліпшення доступності первинної медичної допомоги в регіонах розширюється мережа амбулаторій загальної практики – сімейної медицини. За 11 місяців минулого року кількість амбулаторій збільшилася на 778 одиниць, з них – 558 амбулаторій у містах та 220 у сільській місцевості. Нині в Україні функціонують 5695 амбулаторій [4].

К. Надутий підкреслює: “Розбудова мережі амбулаторій та їх оснащення – це абсолютно необхідний, але водночас надзвичайно ресурсовитратний процес. Тому Міністерство охорони здоров’я підготувало проект урядової постанови, яким передбачається внесення змін до Державної цільової програми розвитку українського села на період до 2015 р., зокрема, передбачається виділити на будівництво нових амбулаторій у сільській місцевості за рахунок субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам 1882,6 млн грн.” [6]. А ле ж маленька ремарка з приводу субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам. Ми маємо величезну діру в державному кошику, яку нам залишила попередня влада, можливості профінансувати будь-яку державну програму держава немає змоги. Та винаємає питання доцільності фінансування невиправданого сподівання проекту.

Оскільки на чільне місце медичної реформи поставлено інститут сімейної медицини (адже саме сімейний лікар є першим контактом пацієнта в системі охорони здоров’я), виникає питання про кадри. Річ у тому, що сьогодні медиків із дипломом лікаря загальної практики сімейної медицини небагато. До того ж підготовка сімейного лікаря у виші займає не менше ніж вісім років (шість років у медичному університеті та два роки – в інтернатурі). Оскільки тотяг реформи вже набрав швидкість, вирішено було швидко перевчати дільничних педіатрів і терапевтів на сімейних лікарів на короткострокових шестимісячних курсах (пізніше тривалість навчання скоротили до чотирьох місяців). Наприклад, на лор-захворювання із цього терміну виділено чотири дні, а щоб лікар мав можливість допомагати вагітним жінкам або приймати пологи, – два тижні [6].

Згідно з “орієнтовним переліком медичних послуг”, сімейний лікар повинен однаково добре розумітися та хворобах старенької бабусі, і двомісячної дитини, знати на зубок офтальмологію, гінекологію, імунологію тощо, а також “проводити невеликі хірургічні втручання”. До того ж у лікаря немає ніякої зацікавленості в подібній перекваліфікації: при скромній зарплаті обсяг роботи й відповідальності збільшується.

Відомо, що основними індикативними показниками розвитку держави й ефективності будь-якої системи охорони здоров’я є показник мате-

ринської й малюкової смертності. У 2011 р. показник материнської смертності сягав 14,6 на 100 тис. народжених живими, а малюкової – 9,1 на 1000 народжених живими. За словами А. Терещенко, на сьогодні спостерігається стійке зниження цих показників. Показник материнської смертності, за оперативними даними, на сьогодні становить 11,6 на 100 тис. народжених живими, тобто знизився на 21%, показник малюкової смертності – 7,9 на 1000 народжених живими, знизившись на 13,2%.

Багато нарікань пов'язано зі зміною підходів до надання медичної допомоги дітям на первинній ланці, зокрема переходом від її надання дільничним педіатром до сімейного лікаря. При цьому в основах законодавства про охорону здоров'я передбачено, що в перехідний період надання первинної медичної допомоги дітям можуть здійснювати сімейні лікарі, педіатри й акушери-гінекологи. Прикладом такої моделі є місто Київ та Дніпропетровська область. Кожен регіон може застосовувати її до 2020 р. [4].

Педіатрія – це окрема тема, до якої потрібно підходити і дбайливо, і відповідально. Адже, як кажуть педіатри, дитина – це не маленький дорослий, а тонкий, специфічний організм, що живе за своїми фізіологічними законами.

Років 15 тому в Польщі теж намагалися відмовитися від педіатрії. Через три роки, коли рівень дитячої смертності поповз угору, від експериментів з дитячими лікарями відмовилися.

Голова вінницької громадської організації “Батьки проти медичної реформи” Л. Станіславенко, принесла на круглий стіл 20 тис. підписів вінничан, які благають скасувати або призупинити медичну реформу: “На Вінничині повністю знищено педіатрію. У центральній районній лікарні немає педіатра. І якщо дитину привозять на “швидкій допомозі”, оглянути її нікому. Дитяча смертність іде вгору. На реформу виділяються гроші, але старі ліжечка так і стоять, а в дитячому відділенні немає гарячої води. Скорочуються фахівці-медики, але не чиновники”, – описує медичну реформу повінницьки Л. Станіславенко. До того ж на лікарів лягає неймовірне навантаження. Під час профоглядів (наприклад, для школярів або студентів) один лікар повинен прийняти понад 100 дітей за 3 години. Порахуйте, скільки часу він може приділити одній дитині? Менше двох хвилин” [6].

Таке розширення обов'язків і відповідальності в сімейних лікарів не було компенсовано обіцяним підвищенням заробітної плати до 5–6 тис. грн. Щоб отримувати відносно високу заробітну плату, лікарі повинні істотно перевиконувати норматив за кількістю прикріплених пацієнтів. При нормі навантаження на одного сімейного лікаря 1500 пацієнтів у місті та 1200 в сільській місцевості в результаті браку фахівців навантаження часто збільшується удвічі, особливо це стосується сільських лікарів.

С. Северин зазначає: “Сімейний лікар вищої категорії отримує за одну людину 1,80 гривень на місяць. Якщо ж кількість навантаження на нього зростає вище від норми, наприклад, до 2,5 тис. осіб, при розрахунку його зарплати за одну людину він отримуватиме вже 48 копійок. Введено також

так звані якісні показники роботи лікаря, за які існують міфічні надбавки: наприклад, щеплення на дільниці повинні досягати 95% (при тому, що півроку вакцин узагалі не було), 98% жінок мають пройти мамографію” [6].

До пілотних проектів потрапила і столиця. “У Шевченківському районі міста проживає 270 тисяч населення, яке обслуговує шість амбулаторно-поліклінічних установ для дорослих та шість поліклінік для дітей. Розташовані вони досить рівномірно по всій території. Додатково в ході реформи було відкрито ще вісім амбулаторій сімейної медицини. Причому одна з них у місці, де проживають 5 тисяч киян і розташовано одночасно вісім лікувальних установ. Доцільність цієї амбулаторії для мене незрозуміла. Зараз хочуть усе зруйнувати, не залишивши жодної поліклініки в тому вигляді, в якому вони існували. Я вважаю, що потрібно провести аналіз, виявити ті лікувальні установи, які дають найкращі результати, і залишити їх у первісному вигляді. А інші реформувати”, – ділиться досвідом О. Горбунова, головний лікар поліклініки № 2 Шевченківського району м. Києва [6].

Ідея створення багатопрофільних поліклінік із діагностичною та лабораторною базою під одним дахом слугує зразком для багатьох країн. Чи варто поспіхом упроваджувати медичну реформу по всій Україні, підводити всіх під один ранжир, не враховуючи масштабів територій, особливостей сільської місцевості, окремих регіонів, великих міст і столиці? Адже якщо для села сімейний лікар може бути реальним поліпшенням доступності та обсягів медичної допомоги, то чи потрібно в містах, де є педіатричні служби та жіночі консультації, їх ліквідувати? А розробка норм надання медичної допомоги повинна проводитися з обов’язковим урахуванням українських реалій. Наприклад, доїзд бригади швидкої допомоги до пацієнта за 20 хвилин (10 хвилин у містах) за європейськими стандартами не враховує ні стану українських доріг, ні наших машин швидкої допомоги, ні менталітету українських водіїв [6].

Стан справ в українській медичній галузі давно викликає, м’яко кажучи, занепокоєння і в суспільства, і в самих медиків. От влада й вирішила продемонструвати, що їй не байдуже, – розпочала медичну реформу. Наразі лише в пілотних областях, назвавши це експериментом. Якщо експеримент виявиться вдалим, досвід поширять на всю Україну. Поки ж чиновники МОЗ підбивають проміжні підсумки, вважаючи їх досить успішними [7].

Водночас опозиційні депутати називають цей експеримент антиконституційним – порушено ст. 95 Конституції України про рівномірний і справедливий розподіл суспільного багатства (бюджетних коштів) між громадянами і територіальними громадами. Бо задля здійснення експерименту було виділено додаткові бюджетні кошти окремим територіальним громадам.

Анестезіолог-реаніматолог В. Скороходов, лікар вищої категорії, експерт сектору охорони здоров’я Фонду суспільної безпеки відкрито говорить: “Це не реформа. Це планомірне повільне знищення охорони здоров’я та “м’який” геноцид усього населення України. Це не тільки моя думка. Це думка всіх лікарів-практиків. Закрито сотні лікувальних закладів у

різних регіонах країни, особливо в сільській місцевості. МОЗ це називає реорганізацією. Замість лікарні на 30 койок – амбулаторія, в яку садовлять сімейного лікаря – колишнього терапевта або вузького спеціаліста, в котрого не вистачає ні знань, ні досвіду” [7].

Наближаючись за показником смертності до країн третього світу, Україна витрачає на систему охорони здоров'я вдвічі менше, ніж передбачено нормами ООН і ВООЗ. За статистикою, 16% родин важкохворих відмовляються від їх лікування з банальної причини – немає грошей. Тобто через брак коштів на ліки люди зважуються на пасивну евтаназію своїх рідних.

За даними масштабного дослідження щодо ставлення громадян до системи охорони здоров'я, проведеного в Україні Міжнародним республіканським інститутом (США), 60% респондентів вважають, що за останні роки ситуація в медицині погіршилася, а 87% опитаних узагалі не довіряють системі охорони здоров'я.

Перші наслідки так званого реформування системи охорони здоров'я: за 2001–2012 рр. було закрито 104 лікувальні заклади, 7 тис. лікарів і 18 тис. медперсоналу було звільнено [7].

Тут доцільно згадати ст. 49 Конституції України, в якій ідеться і про гарантії доступного та безоплатного медичного обслуговування, і про те, що існуючу мережу лікувальних закладів не може бути скорочено.

І все це відбувається на тлі тотального дефіциту медичних кадрів – лікарів і медперсоналу, причому різних медичних професій. Лише сімейних лікарів, які є ключовими елементами медичної реформи, країні необхідно 25–30 тис., а на сьогодні їх є лише 8 тис.

Голова Київської міської профспілки працівників охорони здоров'я Л. Конаровська каже, що зараз у столиці не вистачає 3,5 тис. лікарів: 600 лікарів первинної ланки (дільничних терапевтів), 100 фтизіатрів, 100 патологоанатомів, 156 лікарів екстреної допомоги та ін. [7].

Профспілка спільно з Національним медичним університетом ім. Богомольця проводила наукове дослідження щодо професійного навантаження та професійних захворювань лікарів. Виявилось, що 80% лікарів станцій швидкої допомоги та лікарні швидкої допомоги перебувають у стані нервово-психологічного зриву. Лікарі як ніхто схильні до професійного вигорання.

На тлі кадрового голоду щороку Україну залишають 7 тис. молодих лікарів і вдвічі більше медичних сестер. Вони доволі легко знаходять роботу за кордоном через бюро медичної міграції (у Києві вісім таких бюро), бо на сьогодні, за статистикою ВООЗ, у світі не вистачає 2,5 млн лікарів і стільки ж медсестер.

Що ж відбувається з фінансуванням медичної галузі? Коли Президент України В. Янукович свого часу представляв план економічних реформ, він передбачив на охорону здоров'я 10% ВВП. Які ж кошти на це витрачає держава впродовж останніх років? Від 3,2 до 3,5% ВВП. За ці гроші галузь ледь животіє. Тож за які кошти проводити реформування?

Виникає питання, за рахунок чого лікарі існують? Не таємниця, що багато лікарів одержують гроші від фармкомпаній, чий ліки виписують пацієнтам.

Зрештою, так і виходить, що платить за лікування саме пацієнт, неважливо, кому – лікарю чи фармкомпанії.

С. Ханенко вважає, що із цього фінансового колапсу є єдиний вихід – медичне страхування. Саме воно дасть змогу легалізувати відносини між лікарем і пацієнтом, між хворим та медичним закладом, виведе гроші з тіні [7].

Медична реформа в Україні стартувала, зміни розпочалися, але всі ми чудово розуміємо, що безоплатне отримання медичної допомоги буде відбуватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Відповідно, це ті самі лікарі й те саме обладнання. Звичайно, альтернативою є страхова медицина або медичне страхування, яке швидко набирає обертів у нашій країні. Але тут також не все так просто, як може видаватися на перший погляд: багато страхових компаній, різні програми та умови, різний рівень медичних закладів і медичних послуг [5].

Лікар В. Скороходов також вважає, що страхова медицина повинна розвиватися, але страхові компанії мають бути державними або хоча б частково належати державі: “Держава як ніхто має бути зацікавлена в лікуванні своїх хворих громадян. А чи зацікавлені у цьому приватні страхові компанії?” [7].

Президент Всеукраїнського лікарського товариства пропонує законотворювачам зробити перший крок до справжнього реформування галузі – на рівні закону надати лікувальним установам спеціальний статус окремих суб'єктів господарювання.

Економіст Є. Найштетик, віце-президент Всеукраїнської ради захисту прав і безпеки пацієнтів (так само, як і народний депутат С. Ханенко), виступає за страхову медицину. Він каже, що Україні нагально необхідний закон про обов'язкове медичне страхування [7]. С. Северин наголошує: “Немає хронометражних досліджень, чи можливо у реальній ситуації виконати усі вимоги наказів, рекомендацій та постанов щодо виконання медичної реформи... Є дуже багато проблем і навіть якщо проблеми на поверхні і їх усі бачать, своєчасно не вживаються заходи з їх корекції. Необхідно проводити дуже серйозні дослідження, провести дуже серйозну роботу, аналіз, насамперед, за рахунок залучення до цієї проблеми лікарів-практиків. Якщо ми подивимося склад ради з інформування МОЗ, то там лише один практикуючий лікар” [3].

Щодо подальших шляхів реформування медичної галузі висловилися керівники департаментів охорони здоров'я пілотних регіонів. Вони зауважили, що формування мережі закладів первинної ланки в пілотних регіонах не завершено. Для вирішення цієї проблеми необхідно запровадити спеціальну державну програму з метою підтримки розвитку мережі закладів охорони здоров'я, в яких має надаватися первинна допомога. Не слід забувати і про те, що оснащення нових закладів потребує витрат, тобто достатнього фінансування, а на рівні місцевих бюджетів коштів не вистачає.

У 2013 р. затверджені кваліфікаційні характеристики для лікаря загальної практики, і тепер необхідно переглянути їх для медсестри первинного рівня. У неї має бути більше повноважень. Медична сестра має брати на

себе певну частину роботи, зокрема щодо профілактики. Потребує постійного вдосконалення система мотивації лікарів та медичних сестер.

Щодо перспектив розвитку вторинної ланки медичної допомоги К. Надутий повідомив, що програма з відшкодування вартості ліків з боку держави буде розширюватися. На сьогодні таке відшкодування здійснюється лише на препарати, що застосовуються для лікування артеріальної гіпертензії, але в подальшому цей механізм буде перенесено на препарати для лікування цукрового та нецукрового діабету і, можливо, бронхіальної астми [5].

Таким чином, за словами К. Надутого, на сьогодні в медичній галузі України створено платформу для подальшого реформування. Первинна ланка, працюючи по-новому, має розвантажити вторинну ланку. Оптимізація закладів охорони здоров'я первинної та вторинної ланки має надати можливість перенести певні обсяги медичної допомоги при тяжких захворюваннях (інсульт, інфаркт, хірургічні захворювання тощо) у лікарні, які можуть надати медичну допомогу в повному обсязі. На думку начальника Управління реформ медичної допомоги МОЗ України, хірургічні відділення, у яких здійснюється менше ніж 2 тис. хірургічних операцій на рік, або пологові відділення, у яких приймається менше ніж 500 пологів за рік, не можуть забезпечити належної кваліфікації персоналу. Тому такі відділення слід закрити [5].

Потрібно навести лад у самій системі управління медичною галуззю. О. Мусій рекомендує відмовитися від діючої управлінської системи, яка залишилася нам у спадок від СРСР: “У всіх цивілізованих країнах ще 50 років тому було прийнято іншу систему управління, коли системою охорони здоров'я управляють рівноправні партнери: держава в особі міністерства і професійна лікарська корпорація – орган лікарського самоврядування. При всіх лікарнях повинні створюватися наглядові ради, опікунські ради, громадські ради, з допомогою яких і пацієнти зможуть брати участь у вирішенні питань охорони здоров'я. Тому що пацієнт має стати повноцінним партнером лікаря і держави у справі збереження свого здоров'я. Бо ми й існуємо для пацієнтів” [7].

Лише коли держава займе партнерську позицію щодо лікаря та пацієнта, з'являться перспективи зміни на краще [7].

#### **Список використаної літератури**

1. Карп'як О. Медична реформа: результати є, але мало [Електронний ресурс] / О. Карп'як. – Режим доступу: [http://www.bbc.co.uk/ukrainian/health/2013/10/131003-medical\\_reform\\_ko.shtml](http://www.bbc.co.uk/ukrainian/health/2013/10/131003-medical_reform_ko.shtml).
2. Бетлій О. Медична реформа: ідея правильна – реалізація непродумана / О. Бетлій. – Інформаційний портал Харківської правозахисної групи “Права Людини в Україні” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://khp.org/index.php?id=1383241880>.
3. Населення України не розуміє суті медичної реформи – експерти. – Інформаційне агентство “УНІАН” [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health.unian.ua/country/847535-naselennya-ukrajini-ne-rozumie-suti-medichnoji-reformi-eksperti.html>.
4. Медична реформа в Україні: чого досягнуто і що далі? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/269429>.
5. Серета А. Як вплине медична реформа в Україні на здоров'я громадян? [Електронний ресурс] / А. Серета. – Режим доступу: <http://vseprogroshi.com.ua/category/biblioteka>.

6. Шклярська О. Медична реформа в Україні: провал операції. Частина 1 / О. Шклярська [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ua.racurs.ua/386-medychna-reforma-v-ukrayini-proval-operaciyi-chastyna-1>.

7. Лавриненко І. Медична реформа в Україні: “м’який” геноцид. Частина 2 [Електронний ресурс] / І. Лавриненко. – Режим доступу: <http://ua.racurs.ua/388-medychna-reforma-v-ukrayini-m-yakyy-genocyd-chastyna-2>.

*Стаття надійшла до редакції 10.08.2014.*

---

**Опрятная О. С. Социальные последствия ранжирования территории при внедрении медицинской реформы в пилотных проектах Украины**

*В статье проанализированы результаты первых лет внедрения медицинской реформы в Украине. Сосредоточено внимание на подготовке кадров для осуществления медицинской реформы, анализе ее результатов и определении перспектив, влияния реформы на здоровье граждан Украины в регионах пилотного исследования.*

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

**Opriatnaya O. The Social Consequences grading territory in Implementing Health Reform in Ukraine Pilot Projects**

*The main objective of the article is to analyze the results of medical reform in Ukraine since its beginning to the present time, as well as coordination of the decisions taken to address identified deficiencies.*

*The paper analyzes the results of the first years of implementation of health reform in Ukraine. Considered positive and negative aspects of the pilot project and the changes taking place at different levels of implementation.*

*Accented focus on training issues for the implementation of health reform, the analysis of the results and determine the prospects, the impact of reform on the health of the citizens of Ukraine in the regions of the pilot study.*

*Stressed that the implementation of a pilot project to reform the health care system started in Vinnytsia, Dnipropetrovsk, Donetsk region and the city of Kiev. The essence of the pilot project is to carry out in these regions of structural and organizational and functional restructuring of the health care system during 2011–2014, and by 2020, and throughout Ukraine.*

*Determined that issleduemy period in the healthcare industry in Ukraine created a platform for further reform of the industry. The basis of the platform are the primary and secondary care. Primary care (at the place of residence (stay) – clinic, clinic, family doctor, working in new ways, must unload the secondary link (spetsialyzirovannoe) – outpatient clinics, hospitals under plpnovogo order or an emergency. As a result, the optimization of health care institutions of primary and secondary care should provide an opportunity to transfer certain amounts of medical care for serious diseases in hospitals that can provide medical care in full.*

*In this regard conclusion is that only when the State takes a normal, partner position in relation to both the doctor and the patient, poyavyatsya prospects for changes for the better.*

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