Катерина Руських

Реформа первинної медичної допомоги: багато шуму, мало якісних змін

З 2010 року Україною крокує реформа первинної медичної допомоги. Реформа має на меті підвищити якість медичної допомоги, її доступність та ефективність. Багато західних досліджень доводять, що в країнах з розвиненою первинною допомогою нижча смертність, особливо дитяча, більше уваги приділяють превентивним заходам, кращий доступ до медичної допомоги для бідніших верств населення. Тому підвищення ролі первинної медичної допомоги є пріоритетом у процесі реформування медичної галузі в багатьох країнах, у тому числі в розвинених. Це стосується також і України.

Немає універсальної моделі для побудови розвиненої первинної допомоги. Первинна допомога в світі будується на основі різних моделей, таких як індивідуальна практика сімейного лікаря, групова практика, медичні центри та поліклініки. Лікарі загальної практики можуть бути приватними лікарями або найманими працівниками. Розвинена первинна медична допомога може працювати як в країнах з бюджетним фінансуванням медичної галузі, так і в країнах з обов'язковим державним медичним страхуванням. Немає достатніх підстав вважати одну модель однозначно кращою за інші.

Попри велику кількість критики реформа не є такою страшною, як її часто змальовують, що можна побачити на прикладі міста Києва. Зміни в первинній допомозі Києва швидше формальні, ніж суттєві: поліклініки стають центрами первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) або клініко-діагностичними центрами (КДЦ) без радикальних змін в роботі цих закладів. Більше того, відкривається ряд нових відремонтованих амбулаторій сімейного лікаря, розташованих близько до місця проживання пацієнтів. І хоча змін багато, вони поки незначні, аби створити нову якість медичної допомоги. Окрім того, слушним є питання, чи саме так ми маємо реформувати медичну допомогу столиці?

Навколо реформи панує цілий ряд міфів та напівміфів. Це і міф, що реформа в Україні розвалює найкращу в світі систему Семашко; напівміф про знищення педіатрії; міф про те, що сімейний лікар – це «лікар Хаус», якого намагаються підготувати за 4 місяці; міф, що реформу розпочали лише, щоб зекономити на медицині, та напівміф, що все, що зараз відбувається, не є реформою і справжня реформа – це саме запровадження обов'язкового медичного страхування.

Багато скарг та нарікань громадськості на реформу можна щонайменше вирішити ефективною організацією роботи закладів первинної допомоги. Це стосується типових нарікань щодо подвійних черг до сімейних

лікарів (терапевтів) та спеціалістів і відсутності умов для прийому дітей в ЦПМД та амбулаторіях. Щодо випадків закриття районних лікарень, то в кожному такому випадку потрібно краще обмірковувати та планувати подібні заходи, максимально знижуючи ризики для пацієнтів.

Але наявна і ціла низка проблем, які ставлять під сумнів успіх реформи. Проблемами є відсутність стратегії реформування і відповіді на питання, що саме ми будуємо в Україні, а також брак справжньої мотивації для сімейних лікарів, що допомогло б залучити нові кадри в первинну медичну допомогу. Відсутність зацікавлення у реалізації реформи з боку політиків, чиновників, лікарів може завадити реформуванню. Низька спроможність влади проводити цю масштабну та складну реформу та недостатня інформативна робота з громадськістю є одними з найбільших проблем. Окрім того, притаманні нашій системі проблеми неможливості пацієнтів захистити своє право на якісну медичну допомогу та корупції здатні ускладнити будь-яку реформу галузі.

Багато представників громадськості вимагають зупинити реформу, але реформа – це можливість. Це можливість вимагати кращої якості медичної допомоги та кращих умов її надання. Можливість нарешті оновити застарілий лікарняний фонд та вирішити питання підвищення заробітної плати лікарям, адже реформа є найкращою підставою для таких вимог. Можливість розпочати дискусію та розпочати пошук виходу з критичного стану, в якому зараз перебуває українська медична галузь.

Ще раз про користь первинної медичної допомоги або сімейної медицини.

Ми неодноразово писали, які переваги надає розвинена первинна медична допомога або сімейна медицина пацієнту та медичній галузі (див. звіт "Реформа охорони здоров'я: важкі перші кроки" та "Реформи первинної медичної допомоги в країнах Центральної та Східної Європи. Уроки для України"). Тут ми також коротко зупинимось на тому, чому система охорони здоров'я потребує сильної первинної медичної допомоги[1].

Сімейна медицини знижує смертність. У США в штатах, де більше лікарів загальної практики (сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів), нижчий рівень смертності від серцевих хвороб та серцевого нападу, раку та нижча дитяча смертність. При цьому, як показує інше дослідження, нижча смертність пов'язана саме з більшою кількістю сімейних лікарів, тоді як кількість терапевтів та педіатрів не впливає на рівень смертності. Особливо вагомо первинна медична допомога знижує смертність у сільських районах: у сільських районах із більшою кількістю лікарів загальної практики смертність менша на 2%, на 4% менша смертність від серцевих захворювань та на 3% – від раку. У Британії кожен додатковий сімейний лікар на 10000 населення зменшує смертність на 6%.

Порівняння даних із різних країн також свідчить на користь тих країн, де роль первинної медичної допомоги значніша. Країни, де працюють сімейні лікарі чи лікарі загальної практики, які надають широкий набір послуг базової допомоги та лікують усіх членів сім'ї, отримували вищі бали у порівнянні з тими, де терапевти лише видають направлення до спеціалістів. Зростання ролі первинної допомоги на 5 балів (20 балів максимум) у певній країні за розрахунками зменшує передчасну смертність від астми та від бронхіту на 6,5%, від серцевих хвороб – на 15%.

Сімейний лікар щонайменше не гірший за спеціаліста. Значна кількість людей надає перевагу отриманню медичної допомоги у вузького спеціаліста, а не у терапевта чи сімейного лікаря. Однак, дослідження на основі загальнонаціонального опитування в США показало, що люди, які мають постійного лікаря загальної практики у порівнянні з тими, хто звертається на постійній основі до спеціаліста, мають нижчий рівень смертності у наступні 5 років. Лікування типових хвороб у вузького спеціаліста дорожче за лікування у лікаря загальної практики, при цьому результат лікування однаковий. Наприклад, в Британії з урахуванням додаткових навчань сімейні лікарі краще проявили себе в наданні медичної допомоги пацієнтам-діабетикам у порівнянні зі спеціалістами. Ключ до того, чому лікарі загальної практики показують кращі результати за спеціалістів, прихований у їх кращому знанні загального стану пацієнтів та частих контактах з ними на відміну від вузького погляду лікаря-спеціаліста, який бачить проблему лише в межах свого фаху.

Розвинена первинна допомога знижує смертність, а сімейний лікар не є гіршим від лікаря-спеціаліста

Сімейний лікар займається профілактикою. Первинна медична допомога відіграє ключову роль у профілактиці захворювань: пацієнти, які постійно звертаються до лікаря загальної практики, вчасно проходять медогляди, роблять щеплення і отримують консультації щодо здорового способу життя. Відповідно завдяки вчасно проведеним превентивним заходам пацієнтам доводиться рідше звертатися за екстреною допомогою. Сімейні лікарі частіше виявляють на ранніх стадіях рак молочної залози, рак товстої кишки, рак шийки матки та меланому.

Сімейні лікарі особливо корисні в бідних країнах та регіонах. Доступ до якісної

[1] Наведений огляд з Starfield, B., Shi Leiyu, Macinko, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/

первинної медичної допомоги для бідного населення знижує різницю у їхньому стані здоров'я порівняно зі станом здоров'я заможнішого населення. Програми розвитку первинної допомоги в Мексиці, Болівії, Коста Ріці позитивно вплинули на зниження дитячої смертності. Міжнародні дослідження вказують,

Підвищити роль первинної допомоги – завдання багатьох країн світу, в тому числі України

що в 42 країнах, на які припадає 90% загальносвітової дитячої смертності, 63% смертей могли бути попереджені за умов розвитку первинної медичної допомоги.

Сильна первинна медична допомога – це загальновизнана мета для більшості країн світу. В 1978 році в м. Алма-Ати, Казахстан, ВООЗ прийняла декларацію, яка визнала первинну медичну допомогу ключовою для досягнення мети програми «Здоров'я для всіх». В 2008 році ВООЗ закликала повернутися і надати нового поштовху ідеї сильної первинної медичної допомоги як у розвинених країнах, так і в країнах, що розвиваються.

Отже, підвищення ролі первинної медичної допомоги є правильною стратегічною метою для України. Упровадження реформи було розпочато в 2011 р. в пілотних регіонах (2 районах міста Києва, Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях) та в менших масштабах в інших регіонах.

Моделі первинної медичної допомоги

Єдиної «правильної» моделі первинної медичної допомоги не існує. Посилення ролі первинної медичної допомоги **не означає** побудову в кожній країні ідентичної системи охорони здоров'я. Різні країни мають відмінну первинну медичну допомогу, яка відрізняється за організаційною структурою, спеціалізацією лікарів та іншого медичного персоналу, способами фінансування, обов'язками та методами оплати лікарям загальної практики і за іншими характеристиками.

Організаційна структура. У більшості країн первинна медична допомога є певним «гібридом» наступних 4 моделей: індивідуальної практики сімейного лікаря (або лікаря загальної практики, терапевта, педіатра), групової практики лікарів загальної практики, медичного центру або поліклініки. Найпоширенішою моделлю в Європі є ***індивідуальна приватна практика*** сімейного лікаря, коли лікар загальної практики в невеликому офісі разом з допоміжним персоналом надає допомогу 1200–2000 пацієнтам (приписана кількість пацієнтів відрізняється в різних країнах). Водночас віднедавна набувають популярності ***групові практики***, які, як правило, поєднують декількох лікарів загальної практики, до яких можуть також долучатися певні вузькі спеціалісти. Індивідуальні та групові практики окремо чи у поєднанні характерні для більшості країн Європи: Чеської Республіки, Франції, Італії, Румунії, Польщі, Нідерландів, Литви, Естонії, Данії, Великої Британії та інших.

«Правильної» моделі первинної допомоги – не існує

Приклад групової практики в Естонії – «Sinu Arst».

У груповій практиці «Sinu Arst» працює 10 лікарів (6 сімейних лікарів (включаючи члена правління практики), 1 педіатр, 1 мануальний терапевт і 2 психотерапевти) та 5 медичних сестер. Педіатр в «Sinu Arst» є консультантом в найбільш складних питаннях щодо лікування дітей та працює в практиці лише 1 день на тиждень. Загалом, сімейні лікарі, що типово для Естонії, надають медичну допомогу як дорослим, так і дітям. У практиці можна зробити необхідні аналізи: крові, сечі, на захворювання, що передаються статевим шляхом, електрокардіограму, рентген, УЗД, аналіз ДНК і інші. У медичних сестер в «Sinu Arst» вагома роль: вони приймають хворих з невідкладними проблемами (наприклад, вушна інфекція),

проводять вакцинацію, видають довідки (наприклад, для отримання водійського посвідчення), слідкують за ростом та розвитком здорових немовлят, проводять телефонні консультації пацієнтів протягом дня, надають регулярні усні консультації для хронічно хворих тощо. Лікарі «Sinu Arst», як і всі сімейні лікарі Естонії, є приватними лікарями.

Рисунок 1: Групова практика сімейних лікарів «Sinu Arst», Таллін, Естонія

Джерело: Сайт практики: http://www.perearst.ee/

Перевагами індивідуальної практики є персональний підхід до пацієнта і побудова тісних відносин між сімейним лікарем та його пацієнтами, а також географічна близькість/доступність практики для пацієнтів. Найбільшою перевагою групових практик у порівнянні з індивідуальними вважається кооперація між лікарями, яка надає їм змогу делегувати деякі задачі, консультуватися один з одним, надавати ширші послуги для пацієнтів. Для лікаря загальної практики групова практика теж може бути зручнішою, тому що дає більше гнучкості у робочому графіку.

Наступною організаційною моделлю є **медичний центр** чи клініка первинної медичної допомоги (далі – медичний центр). Така модель характерна, наприклад, для таких країн, як Фінляндія, Швеція та Іспанія. Медичний центр об’єднує в одній будівлі багатьох лікарів загальної практики разом із медсестрами і, наприклад, соціальними працівниками (догляд за літніми людьми), шкільними медсестрами, психіатрами тощо. Перевагою медичного центру над меншими практиками може бути (але не гарантовано є!) більша ефективність центру завдяки економії на масштабі, координація роботи різних лікарів та медсестер,

сприятливіше робоче середовище для лікарів, що здатне заохотити їх до роботи в первинній медичній допомозі.

У результаті реформування первинної медичної допомоги в Молдові, яке розпочалося ще в 1990-х роках, у країні радянська поліклінічна модель первинної медичної допомоги змінилася на модель, що поєднує риси як індивідуальних і групових практик, так і великих медичних центрів. У Молдові на районному рівні працюють Центри сімейної медицини, які відповідають організаційній моделі «медичний центр». У селах працюють медичні центри чи кабінети сімейних лікарів, які відповідають груповим та індивідуальним практикам сімейного лікаря. При Центрах сімейної медицини працюють консультативно-діагностичні центри (з деякими лікарями-спеціалістами та лабораторіями) і денні стаціонари. Українська модель реформування первинної медичної допомоги дуже схожа на структуру первинної медичної допомоги в Молдові.

Прикладом реформування в Молдові є місто Белць, де в 1997 році первинна ланка була представлена 3 поліклініками для дорослих та 2 для дітей. Поліклініки були змішані та об'єднані в єдиний територіальний простір «Центр сімейних лікарів муніципалітету Белць». Деякі вузькі спеціалісти були об'єднані в клініко-діагностичний центр, що розмістився в Центрі здоров'я №1 (перший зліва на рисунку), деякі переведені в міську лікарню. Сьогодні первинна медична допомога представлена 6 центрами та 2 амбулаторіями сімейного лікаря.

Рисунок 2: Центри сімейного лікаря, колишні поліклініки, м. Белць, Молдова.

Джерело: http://cmf-balti.ms.md/?lang=ro

Парадоксально, але тоді коли країни колишнього Радянського Союзу декларують відхід від поліклінічної моделі надання медичної допомоги (хоча декларації у багатьох країнах дуже повільно реалізуються на практиці), деякі розвинені країни обдумують побудову ***поліклінічної моделі*** надання первинної допомоги. І однією з таких країн є «колиска» сімейної медицини Велика Британія. Деякі оглядачі та дослідники не розділяють модель медичного центру та поліклінічну модель, однак їх можна розділити, користуючись критерієм наявності значної кількості вузьких спеціалістів у поліклінічній моделі в порівнянні з більшою орієнтацією на лікарів загальної практики та соціальні медичні послуги в моделі «медичний центр». Підставою для появи поліклінік у Великій Британії є передусім орієнтація на так звану інтегровану медичну допомогу, коли змішані команди лікарів загальної практики та вузьких спеціалістів надають медичну допомогу пацієнтам. Створюючи медичні центри та поліклініки, Велика Британія також намагається вирішити проблему тривалого періоду очікування прийому та черг до сімейних лікарів, що характерне для країни. Центри та поліклініки мають працювати цілодобово 7 днів на тиждень. У таблиці ми наводимо опис поліклініки Friednau в Берліні та Westchester Medical Group у Британії.

Таблиця 1: Опис новітніх поліклінік в Німеччині та Великій Британії.

Friednau, Берлін	Westchester, Британія
Лікарі та пацієнти:	**Лікарі:**
•50 лікарів: 36 вузьких спеціалістів із 19-ти медичних спеціальностей та 14 лікарів загальної практики. •10 000 пацієнтів (число має зрости). •Найбільша поліклініка Німеччини.	•125 лікарів, 20 спеціальностей. •2/3 лікарів з консолідованих маленьких практик. •Приблизно 20 лікарів загальної практики та акушерів.
Приміщення:	**Приміщення:**
•3200 м^2 (розширюється до 4700 м^2).	•2 клініки: 8000 м^2 та 6000 м^2 + 6 офісів-сателітів. •Велика медична лабораторія, включаючи УЗД, МРТ тощо.
Якісні характеристики:	**Якісні характеристики:**
•Широке використання ІТ-технологій, включаючи використання електронного реєстру пацієнтів. •Он-лайн інструкції для медичного персоналу. •Докладено великих зусиль та інвестовано багато часу для організації командної роботи та підвищення якості надання послуг.	•Широке використання ІТ-технологій, електронні записи та картки пацієнтів, інтернет-спілкування пацієнтів з лікарями. •Персоналу доплачують бонуси в залежності від якості наданих послуг. •Персонал дуже задоволений роботою.
Переваги для пацієнтів	**Переваги для пацієнтів**
•Повний спектр допомоги – доступний будь-який спеціаліст у будь-який час. •Висока якість, приємна атмосфера. •Лікарі працюють як команда.	•Візит до лікаря загальної практики, спеціаліста і лабораторне дослідження можна здійснити в один день в одному місці. •Швидке амбулаторне

•Швидко можна записатися на прийом. •Невеликий період очікування на прийом лікаря.	обслуговування типових хвороб. •Медична лабораторія дозволяє отримати результати тестів за 45 хвилин. •Рентген та МРТ доступні протягом 15–20 хвилин. •У день візиту можна призначити хірургічні та ендоскопічні процедури.

Джерело: Imison, C., Naylor, Ch., Maybin, Jo. Under one roof. King's Fund 2008.

Які лікарі працюють на первинній ланці? На первинній ланці в різних країнах працюють різні лікарі. Це можуть бути сімейні лікарі або лікарі загальної практики, терапевти, педіатри, акушери-гінекологи та інші спеціалісти. А отже, так само як і з організаційними моделями у світі немає єдиного універсального підходу до вирішення питання, хто працюватиме на первинній ланці та який спектр медичних послуг надаватиме. В таблиці 2 продемонстровано, які лікарі залучені до надання медичної допомоги на первинному рівні в країнах Центральної та Східної Європи.

Таблиця 2: Спеціальності залучені до первинної ланки в країнах ЦСЄ.

	СЛ/ЛЗП[2]	Терапевт	Педіатр	Акушер-гінеколог	Інші спеціалісти	Лікарі без спеціалізації
Країни ЄС						
Болгарія	✓	✓	✓			
Чеська Р-ка	✓		✓			
Естонія	✓					
Угорщина	✓		✓			✓
Литва	✓	✓	✓	✓	✓	
Польща	✓	✓	✓			
Румунія	✓					✓
Словаччина	✓		✓	✓		
Словенія	✓		✓			

Джерело: Oleszczyk, M. et.al. Family medicine in post-communist Europe needs a boost. BMC Family Practice, 2012.

[2] СЛ/ЛЗП – сімейний лікар/лікар загальної практики.

Також підкреслимо, що лікарі, що працюють на первинному рівні, можуть бути як приватними лікарями, що найчастіше характерно для індивідуальних та групових практик і страхової медицини, так і найманими працівниками, що характерно для первинної медичної допомоги, побудованої за моделюю медичних центрів. Оплата лікарям загальної практики може бути як фіксованою, так і залежною від кількості пацієнтів, кількості наданих послуг, візитів до пацієнтів та з доплатою бонусів за якість (див. детальніше про методи оплати у звіті "Реформи первинної медичної допомоги в країнах Центральної та Східної Європи. Уроки для України".

Підсумовуючи відмінності в різних моделях надання первинної медичної допомоги, хочемо підкреслити, що в кожної моделі є свої переваги та недоліки, немає критичного багажу аргументів, що одна модель краща за іншу. Загалом у реформуванні первинної медичної допомоги з метою підсилення її ролі можна орієнтуватися на будь-яку з названих моделей, або на їх поєднання (що найчастіше зустрічається в різних країнах), виходячи з історичних, економічних факторів розвитку країни, наявних ресурсів, культурних особливостей, політичних та інших мотивацій.

Реформа в Україні: що ми будуємо і для чого?

Програма економічних реформ на 2010–2014 роки декларує мету першого етапу реформ, що полягає у пріоритетному розвитку первинної медичної допомоги зі створенням мережі закладів первинної допомоги, їхній комплектації сімейними лікарями та оснащенням насамперед у пілотних регіонах – Дарницькому та Дніпровському районах міста Києва, Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях. Програма реформ декларує, що ці реформи потрібні для підвищення якості медичних послуг, підвищення доступності медичних послуг та ефективності державного фінансування, створення стимулів для здорового способу життя.

Підвищення ролі первинної допомоги в Україні передбачає впровадження сімейної медицини з перенавчанням терапевтів та педіатрів на сімейних лікарів; відокремлення первинної медичної допомоги від вторинної; перепрофілювання поліклінік, лікарень у центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) та амбулаторії; відкриття нових невеликих амбулаторій, наближених до пацієнтів; ремонт і оснащення нових закладів; призначення керівництва та адміністративного персоналу ЦПМСД та амбулаторій; укладання договорів між місцевою владою та ЦПМСД на надання медичної допомоги; впровадження електронного реєстру пацієнтів ЦПМСД; перерозподіл медичного обладнання між первинним та вторинним рівнями; впровадження нового стимулюючого методу оплати праці для сімейних лікарів.

Яким чином реформа первинної медичної допомоги допоможе пацієнту? Сімейні лікарі мають надавати якісніші послуги, ніж послуги, які надавали терапевти та педіатри, тому що вони повинні знати всю сім'ю і мати ширший спектр знань. Сімейний лікар зацікавлений у наданні якісних послуг, бо його пацієнт може обрати іншого сімейного лікаря, а за пацієнтом згідно з новою системою оплати «підуть» і гроші сімейного лікаря. Доступність медичної допомоги має підвищитися завдяки географічній близькості та безкоштовності первинної медичної допомоги. Ефективність має підвищитися завдяки тому, що розвинена сімейна медицина економить гроші і державного бюджету, і особисто пацієнтів завдяки зменшенню рівня госпіталізації, викликів швидкої, виявленню хвороб на ранній стадії, рідшому зверненню до спеціалістів тощо. Орієнтація первинної медичної допомоги на превентивну допомогу покликана сприяти покращенню здоров'я пацієнтів.

Реформа має підвищити якість, доступність та ефективність медичної допомоги

На сьогодні превалює громадське незадоволення реформою первинної медичної допомоги. Реформа первинної допомоги не є найважчою у порівнянні з іншими реформами медичної галузі, які ще очікують на Україну – реформа лікарень/вторинної медичної допомоги та впровадження страхової медицини. Але вона все одно викликала загальне незадоволення як через реальні проблеми, спричинені реформуванням, так і через недостатню обізнаність та розуміння суті реформ. Типовими причинами невдоволення є об'єднання дитячих та дорослих поліклінік та змішання потоків пацієнтів, черги, які виникли в результаті організаційних перетворень у первинній медичній допомозі; пильніший контроль за прямими зверненнями до лікарів-спеціалістів; переведення вузьких спеціалістів до інших закладів і закриття сільських і районних лікарень з перетворенням їх в амбулаторії сімейної медицини. Окрім того, реформування породжує як цілу низку міфів та напівміфів, які поширюються серед громадськості та журналістів, так і вказує на ряд проблем, що заважатимуть досягненню мети реформи. Далі про структуру первинної медичної допомоги в Києві, про міфи та напівміфи реформи та реальні проблеми цих перетворень.

Як виглядає реформа? Приклад Києва.

Дніпровський та Дарницький райони Києва стали пілотними регіонами, де впроваджується первинна медична допомога на базі сімейної медицини з 2010 року. Насправді, реформування зачіпило і інші райони міста Києва. А з літа 2013 року реформа офіційно розповсюдилася на всі 8 районів Києва. Реформа в місті-мегаполісі має свої особливості, про які йтиметься далі. На прикладі Києва ми покажемо, які структурні перетворення відбуваються в результаті реформ, і яка ж організаційна модель первинної медичної допомоги вибудовується в Києві та Україні.

З 2010 року в м. Києві було створено 14 ЦПМСД та відкрито 81 амбулаторію сімейної медицини. На прикладі Дніпровського району міста Києва ми бачимо, що ЦПМСД – це, як правило, колишні поліклініки для дорослих і дітей, де працюють за нестачі сімейних лікарів, яка особливо характерна для Києва, все ті ж терапевти та педіатри, а також деякі вузькі спеціалісти. Найбільші та найпотужніші поліклініки перетворені у Клініко-діагностичні центри (КДЦ), де сконцентровані спеціалісти та діагностичне обладнання. КДЦ вже належать до вторинної ланки медичної допомоги. До складу ЦПМСД входять амбулаторії сімейної медицини, декілька з яких можуть розміщуватися в самій будівлі ЦПМСД, і частина амбулаторій – це невеликі нові відремонтовані практики на 3–9 лікарів у безпосередній близькості до пацієнтів, яких обслуговує амбулаторія.

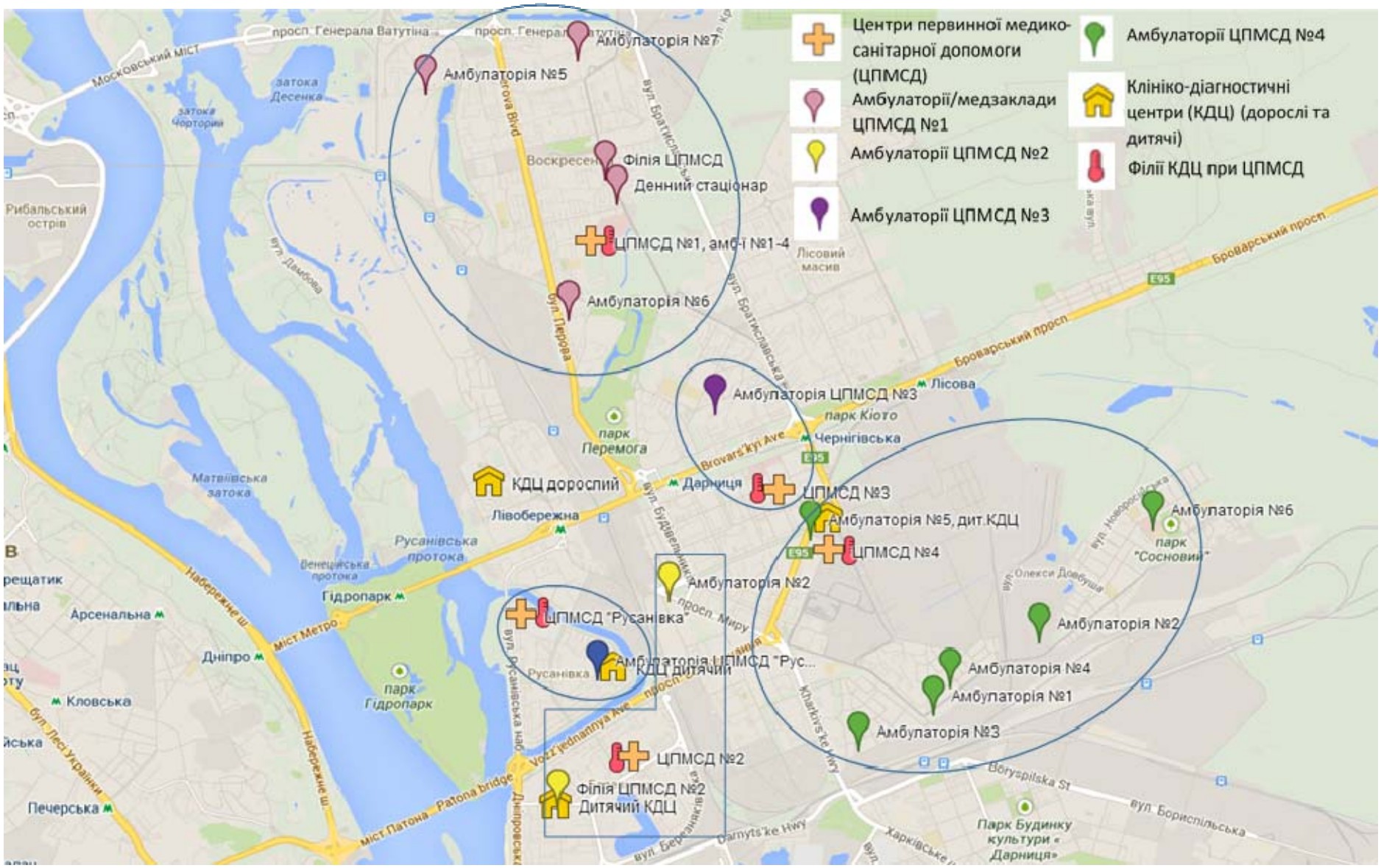
Реформи в Києві швидше формальні, аніж суттєві

Реформа в Києві не така страшна, як її змальовують деякі противники реформування, які заявляють про закриття поліклінік, звільнення лікарів, змішані потоки дітей та дорослих пацієнтів. ***Навпаки***, як бачимо на прикладі Дніпровського району міста Києва***, зміни у структурі первинної медичної допомоги настільки незначні, що очікувати змін у якості надання первинної медичної допомоги та досягнення цілей реформування не доводиться***.

У Дніпровському районі Києва відбулися такі структурні перетворення (див. Рисунок 3). Поліклініка №1, поліклініка №2 та поліклініка №3 були перетворені у Центри первинної медико-санітарної допомоги. До складу центрів входять амбулаторії сімейної медицини та філії. Так, наприклад, Поліклініка №1 за адресою вул. Петра Запорожця, 26 стала ЦПМСД №1, до складу якої входять 7 амбулаторій сімейної

медицини, 1 філія, 1 денний стаціонар. У будівлі Центру розміщені 4 амбулаторії сімейного лікаря. Насправді, створення 4 амбулаторій – формальність, бо всі 4 амбулаторії розміщені в одному крилі Центру на 4-му поверсі і являють собою ряд кабінетів, де приймають лікарі-терапевти, а також кабінети завідувачів амбулаторій (кожна амбулаторія має завідувача). В приміщенні Центру надають допомогу не тільки лікарі загальної практики (тут лікарі-терапевти), а й лікарі-спеціалісти, хоча формально вони відносяться до Консультаційно-діагностичного центру Дніпровського району, тобто належать до закладу не первинної, а вторинної ланки медичної допомоги. А отже, при формальному розділенні медичної допомоги на первинну і вторинну в 1 приміщенні пацієнт може отримати допомогу і від хірурга, уролога, травматолога, отоларинголога, офтальмолога, невропатолога, інфекціоніста, гастроентеролога, алерголога, а також зробити ЕКГ, рентген кісток та легень, УЗД, відвідати кабінет масажу тощо. В ЦПМСД є підрозділ жіночої консультації з окремою реєстрацією.

Рисунок 3: Заклади первинної медичної допомоги та КДЦ, Дніпровський район міста Києва.



У багатьох батьків викликає страх та осуд реорганізація дитячих поліклінік. Батьки побоюються змішування потоків хворих дорослих та дітей. Ми далі говоритимемо, чи є це насправді ризиком, але тут хочемо вказати, що змішування потоків є дуже умовним. Дитяча поліклініка Дніпровського району за адресою Курнатовського, 7 (на фотографії справа зверху) була перетворена на філію ЦПСМД №1. У філії, як і раніше працюють педіатри, при чому винятково педіатри – жодного терапевта чи сімейного лікаря. Також, у приміщенні філії працює філія КДЦ, де працюють вузькі дитячі спеціалісти: ЛОР, дерматолог, інфекціоніст, невролог, хірург-ортопед, логопед, уролог, ендокринолог, імунолог, психіатр. У філії можна здати аналізи та пройти ЕКГ.

Рисунок 4: ЦПМСД №1, філія центру, амбулаторія центру, Дніпровський район, м. Київ

Справжні зміни спостерігаються у нових невеликих амбулаторіях, які безпосередньо відкриті біля місця проживання пацієнтів. Наприклад, такою є амбулаторія на бульварі Перова, 10, яка належить до ЦПМСД №1. Амбулаторія розрахована на 8 лікарів. Насправді, там постійно приймає 2: сімейний лікар, що обслуговує дітей, та лікар-терапевт. Сімейний лікар амбулаторії Примачук В. А. обслуговує 2207 пацієнтів[3], і в момент нашого візиту в черзі до лікаря було щонайменше 5 дітей з батьками (жодного дорослого хворого). Також в окремі дні приймає лікар-гінеколог та ще 1 вузький спеціаліст. Амбулаторія нова, чиста,

[3] Інформація згідно 103.com.ua. Існують сумніви щодо правильності інформації на сайті.

відремонтована, світла, що різко контрастує з темними і старими приміщеннями Центру (колишньої поліклініки №1) та її філії (дитячої поліклініки). Крім амбулаторії на бульварі Перова, до ЦПМСД №1 входять ще 2 невеликі нові амбулаторії.

Величезний поліклінічний комплекс Дніпровського району на Луначарського, 5 став Клініко-діагностичним центром для дорослих, в якому також розміщуються 2 амбулаторії. КДЦ містить реабілітаційний центр, антигіпертензивний центр, ендоскопічний центр, жіночу консультацію, рентгенологічне відділення, денний стаціонар, стоматологічне відділення, хірургічне, терапевтичне тощо. В 2-ох амбулаторіях, які формально приналежні до ЦПМСД, але фізично розміщуються в будівлі КДЦ працюють 3 педіатри, 4 терапевти та 3 сімейні лікарі.

Отже, структурно первинна допомога зазнала більше формальних, аніж реальних змін, що видно на прикладі Дніпровського району міста Києва. Так, формально в Дніпровському районі була проведена дійсно велика робота: поліклініки були юридично відділенні від міських лікарень і зареєстровані як окремі комунальні неприбуткові підприємства – ЦПМСД. Вузьких спеціалістів перепідпорядкували новозареєстрованим КДЦ, хоча більшість із них залишилася працювати в тих же кабінетах, що й раніше. Відбувався поділ на амбулаторії та призначення їхніх завідувачів та іншого адміністративного персоналу. Амбулаторії оснастили (Київське ГУОЗ звітує, що амбулаторії Києва оснащенні на 87,6% від потреби). Але насправді для пацієнтів змінилося небагато. Вагомою зміною є відкриття нових амбулаторій, які близько розташовані до пацієнтів, де можна отримати допомогу в хорошому відремонтованому приміщенні і навіть здати аналізи. Але до цієї зміни можна також поставитися неоднозначно.

Далі ми детальніше обговоримо детальніше реформу в Києві, а також з'ясуємо в чому помиляються, в чому ні, і на що не звертають увагу противники реформи.

Міркування щодо реформи в Києві: в чому помиляються, в а в чому ні критики реформи.

Реформування в Києві, як і загалом в Україні породжує багато як слушних, так і надуманих нарікань. Серед надуманих, наприклад, спекуляції щодо закриття поліклінік. Як бачимо на прикладі Дніпровського району, реорганізацію поліклініки в ЦПМСД чи КДЦ не можна вважати закриттям поліклініки. Відомі нечисленні випадки, коли дитячі поліклініки повністю розформовували без створення натомість ЦПМСД і переводили педіатрів у інші приміщення/заклади в деяких регіонах України (наприклад, місто Дніпропетровськ), але у нас немає інформації про подібні зміни в місті Києві. Навпаки, реорганізація поліклінік Києва виглядає косметичною процедурою і викликає занепокоєння саме через формальність змін, а не через те, що, як спекулюють деякі журналісти, оглядачі та політики, в Києві закриваються поліклініки/лікарні чи знищується педіатрія. Навіть навпаки, відкриваються нові заклади – амбулаторії сімейної медицини. В Дніпровському районі міста Києва щонайменш 10 таких нових амбулаторій.

Гостра нестача сімейних лікарів – головна проблема Києва

Серед слушних зауважень – нестача сімейних лікарів. Так, в усіх амбулаторіях та філіях ЦПМСД №1 в Дніпровському районі міста Києва ми нарахували приблизно 20 лікарів-терапевтів, 18 педіатрів, лише 1 сімейного лікаря (!) та 4 лікарів, що проходять перепідготовку на курсах сімейного лікаря. Отже, справді, в столиці величезна проблема нестачі сімейних лікарів і подібно до всієї України проблема в тому, що більшість терапевтів та педіатрів пенсійного та передпенсійного віку. Така ситуація є однією з

головних причин формальності змін, оскільки не можна скорочувати чи переводити на інше місце роботи вузьких спеціалістів, якщо немає доступного сімейного лікаря, який замість цих спеціалістів надаватиме базову спеціалізовану допомогу. Чи це означає, що через нестачу лікарів реформу в Києві проводити не можна? На наш погляд, ні. Нестача сімейних лікарів та дільничних і їх передпенсійний вік призводить до того, що кияни частіше, ніж це потрібно, звертаються до вузьких спеціалістів, що в майбутньому зробить медицину надто дорогою для мешканців Києва і не обов'язково якіснішою. Ситуація з нестачею сімейних лікарів означає те, що київській владі доведеться докласти більше зусиль, щоб підвищити статус сімейного лікаря та мотивувати студентів та медиків обирати цю спеціалізацію.

Нераціональним здається також розміщення декількох амбулаторій в одному приміщенні ЦПМСД чи КДЦ. Так, ми показали, що в ЦПМСД №1 Дніпровського району Києва розміщені 4 амбулаторії, хоча насправді цей поділ є умовним. Кабінети терапевтів всіх амбулаторій розміщені в одному крилі на одному поверсі і до них додаються кабінети завідувачів кожної амбулаторії. Ситуація є типовою не тільки для Києва, а й для інших регіонів і виникла, напевно, через нормативи щодо кількості амбулаторій. Однак, такий умовний поділ лише призводить до додаткових витрат на адміністративний апарат та звітність кожної амбулаторії без реальної користі для пацієнтів.

Розміщення лабораторій та новостворених амбулаторій викликає ряд питань. Розміщення невеликої амбулаторії поряд з будинком – це приємна новина для багатьох киян. Як ми казали, зовнішнє облаштування та умови амбулаторій кращі за умови колишніх занедбаних поліклінік. Київ багатший за міста в регіонах і може дозволити відкривати більше нових амбулаторій. За інформацією Київського ГУОЗ на будівництво та оснащення 3-ьох амбулаторій у 2013 році місто має витратити 10,5 млн. грн. Однак, тут виникають і деякі запитання: наскільки виправдано відкривати амбулаторії дуже близько одна до одної? Наприклад, амбулаторія на вул. Алма-Атинській, 2 та на вул. Новаторів, 4 в Дніпровському районі розміщені в 700 метрах одна від одної. Чи виправдане інвестування грошей громади в настільки близько розташовані амбулаторії? Можливо, краще було б відкрити або 1 більшу амбулаторію, або спершу відкрити амбулаторію в більш віддалених районах Києва, звідки людям дійсно далеко добиратися до найближчої поліклініки/ЦПМСД? Так само виникає питання щодо розміщення вузьких спеціалістів в ЦПМСД №1. Цей Центр знаходиться на території величезного лікарняного містечка. Розміщення в Центрі підрозділу КДЦ з вузькими спеціалістами дублює роботу спеціалістів лікарень містечка. Однак, рішення про більш серйозне скорочення вузьких спеціалістів або переведення їх до інших лікарень було б занадто непопулярним. ***Загалом, на противагу критикам, можемо сказати, що реформа в Києві насправді є швидше формальною без радикальних перетворень.***

Реформа в Києві вимагає великих затрат, ефект від яких може бути меншим, ніж він був би за аналогічних витрат та змін в області

Особливості реформування у великому місті: чи варто взагалі проводити реформу в Києві? Існує дискусія щодо доцільності проведення реформування у великих містах-мільйонниках, насамперед у Києві. Серед аргументів, висловлених у ході цієї дискусії є, на наш погляд, і вагомі зауваження. Досвід Молдови вказує, що створення центрів сімейної медицини виявилося найдоцільнішим у сільських районах на противагу Кишиніву, столиці Молдови. В сільських районах Молдови доступ до медичної допомоги обмежений і поява кваліфікованих сімейних лікарів значно поліпшила ситуацію. У великому місті мешканці мають більше можливостей для отримання медичної допомоги, в тому числі через географічну та логістичну близькість медичних закладів. При цьому мешканці схильні звертатися саме до лікарів-

спеціалістів. Тому посади дільничних терапевтів непопулярні в Києві – медики обирають популярніші спеціальності лікарів, до яких найчастіше звертаються кияни і за послуги яких вони готові платити. Отже, навіть за реформованої первинної допомоги та появи більшої кількості сімейних лікарів, очікуваний ефект від реформи буде менший, оскільки кияни все одно будуть схильні звертатися по допомогу до спеціалістів. Тому, можливо, що вкладання зусиль і грошей в реформування медичної допомоги в Києві буде мати значно менший позитивний ефект, аніж аналогічні зусилля та кошти, спрямовані на реформу в містах та селах Київської області.

А можливо було варто залишити поліклініки?

Питання про модель первинної медичної допомоги в Києві залишається відкритим

На початку ми говорили, що посилення ролі первинної медичної допомоги не змушує обирати якусь одну визначену структуру первинної медичної допомоги. В багатьох країнах працюють великі медичні центри, де надається первинна медична допомога. В Лондоні та Великій Британії загалом відкриватимуться медичні центри і поліклініки. Очевидно, що ці медичні центри та поліклініки відрізняються від радянських поліклінік. Також поки недостатньо аргументів на користь тієї чи іншої моделі. Однак, можливо, варто обдумати реформи на основі поліклінічної моделі? Це також передбачало б додаткове навчання терапевтів та вузьких спеціалістів поліклінік і структурні зміни всередині поліклінік, однак могло б більше відповідати особливостям великого міста.

Як далі відбуватиметься реформування в Києві? Навесні 2013 року київською владою було прийняте офіційне рішення поширювати реформу на всі інші райони міста Києва. У Києві планують створити ще 19 ЦПМСД та 8 КДЦ. Проте, наприклад, у Солом'янському районі жодних змін не відбулося: навіть вивіску «Поліклініка» на Поліклініці №1 Солом'янського району не встигли змінити на вивіску «Клініко-діагностичний центр». Характерно, що сам медичний персонал району мало знає про те, які зміни відбудуться в первинній медичній допомозі району. Загалом, основним видимим ефектом цього рішення на найближчий час буде зміна вивісок, а також відкриття нових невеликих амбулаторій. У середньостроковій перспективі, за умови якщо київській владі вдасться вмотивувати медиків ставати сімейними лікарями, а люди оцінять роботу сімейного лікаря, поступово природним шляхом, можливо, за сприяння влади, знижуватиметься кількість вузьких спеціалістів в ЦПМСД та КДЦ і зростатиме кількість сімейних лікарів. Новіше та точніше медичне діагностичне обладнання концентруватиметься на рівні КДЦ та лікарень. Можливе зменшення кількості ЦПМСД та КДЦ.

Міфи та напівміфи реформи

Реформа первинної допомоги не є найважчою серед реформ медичної галузі, які необхідні Україні, але в цілому громадськість сприйняла її негативно. У цьому підрозділі ми розглянемо міфи та напівміфи реформи, які найчастіше обговорюються в ЗМІ, на громадських заходах, лунають із вуст лікарів та пересічних громадян.

Система Семашка – найкраща, а реформа розвалює систему Семашка. Насправді, системі Семашка, побудованій в Радянському Союзі вдалося досягнути надзавдання первинної медичної допомоги – універсальної та доступної медичної допомоги для всіх. Однак, українська система вже давно відійшла від принципів роботи системи Семашка і за довгі десятиріччя без реформ почала існувати за власними правилами. Дільничний лікар, який в системі Семашка відігравав центральну роль, у наших умовах став фактично непотрібним: він більше не несе відповідальності за здоров'я своїх пацієнтів. Пацієнти самостійно і часто безконтрольно звертаються до лікарів-спеціалістів. Окрім того, за ці роки змінилася і структура захворюваності зі значним зростанням

хронічних хвороб, збільшилася потреба в профілактиці та превентивних заходах, намітився поки негострий, але зростаючий дефіцит якісного медичного персоналу, розвинулись медичні технології і з'явилось наддороге медичне обладнання, для використання якого на благо пацієнтів потрібно збільшити ефективність системи охорони здоров'я. Всі ці умови не дають можливості повернутися до системи Семашка і примушують реформувати систему. Створення поліклінік за кордоном не означає, що ці країни будують систему Семашка. Наприклад, поліклініки, які збираються відкривати у Великій Британії створюються за принципом ***інтегрованої медичної допомоги***, коли лікарі загальної практики, медсестри, спеціалісти працюють у команді для ефективного обслуговування населення.

Реформа знищує педіатрію. Дійсно, є багато претензій до курсів навчання сімейних лікарів, адже за 2 тижні курсу педіатрії (загалом курси тривають 4–6 місяців) сімейний лікар, як вважають і лікарі, і батьки, не зможе стати професіоналом з педіатрії. Однак, деструктивний ефект, який справляє реформа на педіатрію, переоцінений. По-перше, педіатри не зникають. Вони так само можуть перенавчитися і стати сімейними лікарями та кваліфіковано вести дітей. По-друге, в багатьох регіонах створюються команди, де недосвідчений у педіатрії сімейний лікар(і) працює(ють) з педіатром та набирається досвіду. По-третє, майбутнє первинної допомоги залежить від якості навчання сімейних лікарів, медичних стандартів та протоколів. Знову наведемо приклад Молдови. Навчання сімейного лікаря в Молдові свідомо сфокусоване на медичній допомозі дітям та жінкам. У результаті сімейні лікарі Молдови можуть надавати якісну педіатричну допомогу та консультувати жінок, що відобразилося в значному зниженні дитячої смертності за останні 10 років. Тому питання навчання сімейних лікарів педіатрії як на курсах, так і в університетах обов'язково має залишатися питанням широкої дискусії лікарів-професіоналів та керівництва державних органів, однак заяви про те, що реформа знищує педіатрію є занадто перебільшеними.

Сімейний лікар – лікар Хаус. Насправді, сімейний лікар не є унікальним спеціалістом, який повинен мати дуже глибокі медичні знання та вміти робити все. Сімейний лікар має надавати терапевтичну, педіатричну допомогу та мати базові знання з інших медичних спеціальностей. Велика частина роботи сімейного лікаря – це не безпосереднє лікування чи медичні маніпуляції, а спілкування зі своїми пацієнтами: поради щодо стану їхнього здоров'я, харчування, планування сім'ї. Вагома частина роботи – це превентивні заходи: щеплення, направлення на рентген пацієнтів з підозрою на туберкульоз, огляд жінок з підозрою на рак грудей. Для якісного здійснення цих функцій сімейному лікарю не потрібно бути геніальним медиком та вміти лікувати всі хвороби. В деяких країнах Заходу частину функцій сімейних лікарів виконують медсестри.

Мета реформи лише одна – економія грошей, які виділяють на медичну галузь. Насправді, однією з цілей реформування є підвищення ефективності витрат на медичну галузь. Але, по-перше, економія та підвищення ефективності – це не одне і те ж. Підвищення ефективності означає, що за ті ж самі чи менші кошти пацієнт отримає кращу, якіснішу допомогу. По-друге, на реформі медичної галузі дуже важко зекономити, оскільки вона вимагає цілий ряд витрат: на ремонти та оснащення амбулаторій, на закупівлю автотранспорту для амбулаторій, на підвищення заробітної плати сімейним лікарям, на навчання сімейних лікарів, на інвентаризацію обладнання медичних закладів і багато інших затрат. Враження щодо пріоритетності економії складається через непродуманість та недофінансування реалізації реформи. Наприклад, коли реструктурують дільничну лікарню та створюють амбулаторію, на відповідне оснащення амбулаторії, на ремонт та укомплектованість сімейними лікарями гроші можуть не надходити чи надходити із значним запізненням. ***Загалом, реформа первинної***

медичної допомоги, напевно, призвела до безпрецедентного вкладання коштів у первинну допомогу з початку незалежності, в тому числі в оновлення старих поліклінік, обладнання і підвищення заробітної плати лікарям, хоча при цьому фінансування реформи є недостатнім та непродуманим.

Дехто вважає, що перетворення, які відбуваються, не є найголовнішими у цій реформі. Головне завдання реформи – впровадження обов'язкового медичного страхування. Проте, на наш погляд, перетворення, що відбуваються в системі первинної медичної допомоги, є дуже важливими, оскільки вони суттєво змінюють відносини між пацієнтами й лікарями та спосіб надання медичної допомоги: лікар-терапевт з непомітного закутка медичної системи переміщується в її центр. Так, на даному етапі реформування глибинних якісних змін поки що не відбулося, бо реформування потребує часу, стаються помилки в реформуванні, зміни частіше формальні, а проблеми занедбаної медичної галузі України дуже серйозні, аби їх вирішити нашвидкуруч. Медичній галузі України необхідні структурні перетворення. Спосіб фінансування цих змін може бути як бюджетним, так і за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування. Обов'язкове медичне страхування ***не гарантує*** збільшення фінансування медичної галузі. У світі розвинена первинна медична допомога та медична галузь загалом існують як за бюджетного фінансування, так і за обов'язкового медичного страхування.

Що не подобається громадськості у реформі?

Більшість проблем, з якими стикається пацієнт, можна вирішити, вдало організувавши роботу амбулаторії. З нижченаведеної таблиці ми бачимо, що багато скарг пацієнтів та проблем можна щонайменш полегшити, якщо налаштувати роботу амбулаторій так, як це зручно для пацієнтів. Такі спроби існують. Наприклад, через сайт ЦПМСД №1 Дніпровського району Києва можна записатися на консультації до деяких лікарів, задати питання терапевту чи педіатру, подивитися розклад роботи лікарів. Дніпропетровський ЦПМСД №5 також створив сайт, де пацієнти можуть подивитися розклад лікарів та їхні телефони (для коротких важливих консультацій). Ці маленькі кроки вже є позитивними кроками назустріч пацієнтам.

Реформа викликала багато проблем, які можна вирішити організаційно налаштувавши роботу медзакладів

Проблема закриття / перепрофілювання районних лікарень та недовіри до сімейних лікарів є глибшими. Перша потребує виваженості рішень, інформативної роботи з пацієнтами, завчасного забезпечення пацієнтів якісними альтернативами замість втраченого стаціонару (оснащеними та укомплектованими лікарями амбулаторіями), додаткової роботи над зменшенням ризиків для пацієнтів. Друга проблема – довіра до сімейних лікарів, потребує роботи і над постійним підвищенням знань сімейних лікарів (та наданням їм можливості поглиблювати ці знання), і роботи з підвищення статусу сімейного лікаря.

Загалом, зазначені проблеми не є неподоланими, але цілий ряд серйозних факторів в Україні ускладнює реформування і заважає успішній реалізації реформ.

Таблиця 3: Типові проблеми реформи, на які скаржаться пацієнти.

Проблема	*Як можна вирішити*
Закриття районних лікарень з відкриттям натомість амбулаторій сімейного лікаря.	У багатьох випадках закривати лікарні необхідно, однак: По-перше, у випадку, якщо для пацієнтів лікарні спеціалізована допомога стає надто далекою (найближча лікарня дуже далеко, наприклад, 40 км і більше, транспортне сполучення з лікарнею нерегулярне, немає можливості організувати швидку доставку хворого до лікарні каретою «швидкої» допомоги, немає сімейних лікарів та обладнання для амбулаторії, що створюється на місці лікарні, потрібно відкладати рішення про закриття лікарні. По-друге, закривати лікарню можливо лише попередньо представивши громаді сімейних лікарів та інший персонал, який працюватиме в амбулаторії, пояснивши, яким чином вони зможуть тепер отримувати допомогу, пояснивши, яким чином можна отримати допомогу від спеціаліста, розповівши, яким чином працюватиме «швидка» тощо.
Пацієнт змушений відстоювати 2 черги: до сімейного лікаря (чи терапевта) та до спеціаліста, бо напряму до спеціаліста без направлення сімейного лікаря звернутися неможливо.	Така ситуація має вирішуватися підвищенням компетенції сімейного лікаря. Тоді пацієнту у більшості випадків взагалі не має бути потрібним звертатися до спеціаліста та відстоювати другу чергу. У випадку, коли компетентних сімейних лікарів небагато проблема має вирішуватися налагодженням роботи терапевтів, спеціалістів та реєстратури, аби виникла можливість звертатися за записом без черг.
Ми не довіряємо сімейному лікарю. Спеціаліст завжди краще.	Реформаторам потрібно робити більший акцент на навчання сімейних лікарів. Наскільки нам відомо, в Дніпропетровську ця проблема вирішується: працюють центри для проходження практики сімейними лікарями, організовуються додаткові курси. Має бути виключений підхід: «Немає сімейних лікарів – хай працює абихто!» Тільки переконавши громадськість в компетентності сімейних лікарів, вдасться реалізувати реформу первинної медичної допомоги.
Діти та дорослі хворі приймаються в одному приміщенні та відстоюють спільні черги.	Розведення кабінетів та годин прийму дітей та дорослих та/або налаштування роботи реєстратури із записом на прийом мають полегшити проблему.
Нові приміщення не пристосовані для прийому дітей: немає пандуса на вході в	Ці проблеми в більшості є організаційними. Вони можуть бути вирішені, якщо нормально організувати роботу амбулаторії.

амбулаторію; незручне розміщення кабінетів з дитячими лікарями (доводиться бігати між кабінетами або навіть медичними закладами), вузькі коридори без стільців, де можна було б присісти, поки чекаєш на прийом лікаря.	

Перепони на заваді успіху реформування.

Немає стратегії реформування первинної медичної допомоги. Реформатори на чолі з Міністерством охорони здоров'я не пояснили суспільству, лікарям, фахівцям, реформаторам на місцях, яку саме первинну медичну допомогу ми будуємо. Як ми писали на початку звіту, існує багато моделей первинної медичної допомоги. До якої ж прагнемо ми? Чи ми будуємо медичні центри і групові практики? Чи сімейні лікарі в перспективі мають бути приватними лікарями чи залишатися найманими працівниками? Яку допомогу слід очікувати пацієнту від сімейного лікаря? Які способи взаємодії мають бути налагоджені між сімейними лікарями, спеціалістами, лікарями? В які терміни відбувається реформа? Яких орієнтовних цілей і в які терміни реформатори мають досягнути? Немає документа-стратегії, який мав би відповісти на ці питання. Реформа будується на однорічних планах дій та, як правило, щорічних планах реформ місцевої влади. Стратегічного погляду на реформування бракує. А що ж можна побудувати, якщо ми не знаємо, що власне будуємо? Відсутність стратегії виглядає особливо загрозливо, враховуючи, що реформування за напівформальної згоди центральної влади відбувається і в непілотних регіонах України, у яких немає стратегічного орієнтиру для здійснення реформ на місцях.

Недостатньо уваги приділено мотивації сімейних лікарів. Новий метод оплати праці для сімейних лікарів, затверджений у березні 2012, мав узалежнити заробітну плату сімейних лікарів від кількості та якості праці. Однак, на практиці більша частина заробітної плати сімейного лікаря залишається фіксованою, тоді як за кількість пацієнтів вони отримують дуже невисоку доплату, а якісні показники ще не навчилися рахувати, а отже, доплат за якість поки що фактично немає. Характерно, що невдовзі після затвердження нового методу, чиновники пілотних регіонів заявляли, що заробітна плата сімейного лікаря зросла до 5–6 тис. грн. Насправді, зростання виявилося менш суттєвим – приблизно на 30% до 3500–3700 грн. А щоб отримувати 5–6 тис. грн. сімейному лікарю необхідно мати приблизно 3000 пацієнтів при нормі 1200–1500[4]. Чиновники розповідають про надбавки, будівництво квартир для сімейних лікарів. Але, на нашу думку, для мотивації сімейних лікарів потрібно, насамперед, щоб існуюча система оплати дозволяла їм отримувати гідну винагороду за свою працю і самостійно накопичувати гроші на житло. Тільки такий підхід дозволить мотивувати нові кадри приходити в сімейну медицину.

Існують серйозні труднощі на заваді успішній реалізації реформи

Ніхто не зацікавлений у реформі. Величезною проблемою реформи є те, що у жодної з потенційно зацікавлених груп немає справжнього інтересу до цієї реформи. Іншими словами, реформа нікому не потрібна. Для

[4] За інформацією Інституту економічних досліджень та політичних консультацій: www.ier.com.ua.

політиків реформа охорони здоров'я – це втрата рейтингу через болючість і непопулярність змін. Для амбітних держслужбовців ця реформа також надто складна, аби побудувати кар'єру реформаторів. Для лікарів реформа несе невизначеність і змінює вже усталений порядок речей. Вони бояться втратити роботу чи бути змушеними міняти фах. Місцева влада також не в захваті від реформи: вони безпосередньо реалізують реформу, вкладають свій час та зусилля, але регулярно отримують звинувачення у «війні проти власного народу» від незадоволеного населення, журналістів чи громадськості. Пацієнтам також не потрібна реформа: вони хочуть мати доступ до спеціаліста, а не лікуватися у незрозумілого їм сімейного лікаря. Через відсутність зацікавленості в реформі справжні, а не формальні зміни відбуваються повільно та неефективно.

Низька спроможність державних органів проводити реформу. Нестача професійних управлінських кадрів; відсутність технічних можливостей, людей та коштів для оперативного моніторингу результатів реформи, їх аналізу та розробки кроків із виправлення помилок; брак лідерства у проведені реформи, брак координації між центральними та місцевими органами влади як пілотних, так і непілотних регіонів, брак фінансування – все це означає низьку спроможність якісно реалізувати реформу. Окремо хочемо підкреслити, що, не зважаючи на об'єктивні умови, коли зараз в Україні існують пілотні регіони та приклади реформування в не пілотних регіонах, досвід реформування недостатньо аналізується з боку центральних органів влади. Продукуються, як правило, формальні малоінформативні звіти-відписки про результати реформи.

Відсутність контролю за якістю надання послуг та корупція здатні звести нанівець будь-яку реформу

Інформування – слабка ланка реформи. Медичний персонал не знає, як реформуватиметься їхній заклад, і свою подальшу долю. Пацієнти не розуміють, яким чином вони мають зараз отримувати медичну допомогу. Ця ситуація є типовою для багатьох регіонів, де відбувається реформа. Брак інформування та роз'яснення породжує додаткові страхи та міфи щодо реформи. Окрім того, за існуючої потреби піднімати статус сімейного лікаря бракує кампанії з популяризації сімейної медицини серед населення. Через низьку увагу до інформування, реформування наражається на сильніший супротив, і цілей реформування важче досягнути.

Окрім того, є проблеми, які глибоко в'їлися в нашу медичну галузь та заважатимуть будь-яким позитивним реформам галузі. Такими проблемами є **відсутність контролю за якістю медичної допомоги –** пацієнт фактично не може захистити своє право на якісну допомогу. Багато нарікань щодо низької кваліфікації сімейних лікарів в Україні. На жаль, ця проблема не обмежується сімейними лікарями, і може стосуватися як терапевтів та педіатрів, які перенавчилися на сімейних лікарів, так і вузьких спеціалістів. Без наявності дієвого контролю за якістю медичної допомоги, де можуть бути задіяні асоціації лікарів, будь-яка реформа в Україні не спрацює. Ще однією кричущою проблемою є **проблема корупції**. При чому корупція на всіх рівнях: як на рівні центральних органів влади (проблеми з тендерними закупівлями), так і на рівні медичних закладів й окремих лікарів та медичного персоналу. Корупція означає неефективне витрачання коштів, яких і так бракує на реформу. Корупція на рівні лікарень та лікарів означає низьку доступність допомоги для пацієнтів та відсутність контролю за якістю такої медичної допомоги. ***Без вирішення проблем контролю якості медичної допомоги та проблеми корупції, реформа може мати лише обмежений позитивний вплив.***

Замість висновків: що вимагати від реформаторів?

Незадоволена громадськість найчастіше вимагає занадто простий та неправильний вихід – зупинення реформування. Зупинення реформування матиме лише негативні наслідки. Чим далі, тим більше зростатиме дефіцит кваліфікованих терапевтів, педіатрів, вузьких спеціалістів, а отже, українці залишаться один на один із залишками розваленої системи охорони здоров'я без доступу до медичної допомоги. В цьому випадку занедбані стіни лікарень та поліклінік, хоч і не закритих та не реструктурованих, не допоможуть пацієнтам. Окрім того, реформа, не без позитивного тиску з боку скептично налаштованої громадської, призвела до спрямування коштів на ремонти в деяких поліклініках, що не ремонтувалися більше 20–30 років, оснащення медичних закладів, закупівлю автотранспорту. Більше того, не зважаючи на те, що підняття заробітної плати лікарям первинної медичної допомоги менше, аніж анонсують чиновники, ми бачимо, що зрушення у цьому питанні є.

Реформа відкриває можливості: вона створює підстави вимагати якіснішої медичної допомоги і кращих умов для її отримання; вона дає підстави для лікарів вимагати вищої заробітної плати та ліпших умов праці; вона дає підстави для дискусії та пошуку виходу з майже критичної ситуації, в якій зараз знаходиться система охорони здоров'я.

Реформа – це можливості

Що ж громадськість може вимагати від реформаторів?

Експерти та науковці можуть вимагати роз'яснення щодо стратегії реформ та обраних структурних моделей реформування первинної медичної допомоги, і брати активну участь у дискусіях з цього приводу. Так, і питання, чи потрібні нам поліклініки, дійсно може бути слушним, зважаючи на зміни, які відбуваються в системах охорони здоров'я деяких інших країн.

Асоціація сімейних лікарів може проявляти ініціативу з удосконалення освіти сімейних лікарів (на що асоціація дійсно зараз робить акцент). Але не тільки. Асоціація сімейних лікарів могла б відгравати більшу роль у вимогах щодо підвищення оплати праці сімейним лікарям, поліпшення умов їхньої праці, а також контролі за якістю їхньої роботи.

Громадські організації мають захищати права пацієнта, вимагати гідних умов отримання медичної допомоги в ЦПМСД та амбулаторіях, вимагати від місцевої влади завчасного інформування щодо змін в роботі медичних закладів району, пов'язаних з реформою, вимагати кваліфікованого сімейного лікаря. У випадку закриття районних лікарень громадськість може вимагати завчасної та гідної заміни лікарні оснащеною та укомплектованою амбулаторією; налаштування кращого транспортного сполучення з лікарнею, розміщення неподалік додаткового пункту базування «швидкої» допомоги.

CASE УКРАІНА
вул. Полтавська 10,
офіс 34
Київ, 01135

Тел.: +38 044 227-53-17
Факс: +38 044 483-52-00

Керівник проекту:
Володимир Дубровський
dubrovsky@case-ukraine.kiev.ua

Проект виконується за підтримки Інституту відкритого суспільства