

Реформа охорони здоров'я — на часі

На Банковій хочуть якнайшвидше розпочати реформу системи охорони здоров'я – в Адміністрації президента прогнозують, що Верховна Рада розгляне відповідний законопроект у пілотних регіонах і законопроект про зміну основ охорони здоров'я до кінця восьмої сесії.



Медицина – одна з головних складових соціальної політики і громадського розвитку в цивілізованих країнах. Про недосконалість вітчизняної системи охорони здоров'я розповідали зайве: хто хоча б раз побував у державному лікувальному закладі, той на власному досвіді переконався в тому, що як такої безплатної медицини, гарантованої нам ст. 49 Конституції України, вже давно не існує. Насправді ж нині в системі охорони здоров'я діє принцип: хочеш якісно лікуватися – плати гроші. В кого грошей немає, тому наврояд чи зможе допомогти навіть висококваліфікований лікар, адже одними лише порадами не зцілиш.

Невдоволення якістю медичного обслуговування в останні роки досягло пікового рівня. Останнє соціологічне дослідження Інституту Горшеніна щодо стану вітчизняної медицини засвідчило, що понад 73% громадян України вважають, що країні терміново потрібні реформи в системі охорони здоров'я. У тому, що реформа в галузі медицини не лише потрібна, а й у найближчому майбутньому гарантовано буде запроваджена, неодноразово запевняв президент України.

В Україні на охорону здоров'я витрачається близько 4% від ВВП, у середньому ж на одного громадянина припадає близько 800-900 грн. бюджетних грошей за рік. Для порівняння: у США 2010 року витрачено 6 719 дол. на людину, в Німеччині – 3 465 дол., у Росії – 698 дол., в Китаї – 216 дол. В Україні лише депутати та чиновники вищого рангу мають привілеї – у 2011 році на їхнє стаціонарне лікування з держбюджету виділено 190 млн. грн., на амбулаторне – 103 млн. грн. На лікування всіх українців, які потребують екстреної допомоги за кордоном, з бюджету було виділено тільки 14 млн. грн. Загалом на лікування одного високопосадовця виділено стільки бюджетних коштів, скільки на медичну допомогу 4 026 пересічних громадян України.

Більше того, з усіх бюджетних коштів, які виділяються на медицину, власне на лікування йде лише шість відсотків, решта грошей – на утримання закладів, іноді напівпорожніх і погано оснащених. Хоча впродовж останніх років видатки на фінансування охорони здоров'я збільшилися, лівова частка цих коштів – 73% – йде на заробітну плату медиків, ще значна частина видатків спрямовується на сілату за енергоносіїв, комунальні послуги. І в результаті коштів на лікування пацієнтів майже не залишається. Експерти наголошують: співвідношення витрат на заробітну плату і потреби медичного закладу має становити не 70% на 30%, як зараз, а хоча б 50% на 50%.

У грудні минулого року заступник голови Адміністрації президента Ірина Акімова повідомила про плани реформування системи охорони здоров'я. Перед здійсненням реформи в масштабах всієї країни буде реалізований пілотний проєкт у трьох областях – Донецькій, Дніпропетровській і Вінницькій. На здійснення експерименту передбачено два роки, ще рік – на підбиття підсумків і відповідне коригування.

«На прикладі цих регіонів ми апробуємо програмно-цільовий метод фінансування. Скільки часу це потребуватиме, які проблеми при цьому виникнуть – ми повинні з'ясувати в цьому пілотному проєкті для того, щоб потім цей процес зробити менш хворобливим», – повідомила вона.

Ірина Акімова зауважила, що зараз у сфері охорони здоров'я йде масштабний аудит, а саме визначаються ресурси й можливості їх ефективного використання. Зі слів Акімової, у трьох пілотних областях, а також у Києві вже розроблені моделі модернізації сфери охорони здоров'я.

Реформування медичної галузі включає три напрямки: перший – перепрофілювання закладів охорони здоров'я, другий – зміна системи фінансування охорони здоров'я, третій – удосконалення контролю за якістю медичних послуг.

Перший напрямок передбачає реструктуризацію лікувальних закладів із урахуванням потреб кожного регіону, тобто об'єднання медичних закладів, перепрофілювання, скасування системи районних лікарень. Реформа передбачає зменшення числа медичних установ. «Більшість наших лікарень і поліклінік вимагають бюджетного фінансування, не надаючи при цьому якісних послуг, мають застарілу матеріально-технічну базу. Їх оптимізація неминуча – вона лише підвищить якість медпослуг», – повідомив директор департаменту розви-

тку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я Микола Хобзей.

Кожну область буде поділено на госпітальні округи (кожен обслуговуватиме 100 000 осіб). В окрузі буде одна багатопрофільна лікарня, лікарня інтенсивного лікування, одна лікарня для відновного лікування, одна лікарня для планового лікування хронічно хворих, один хоспис і один заклад медико-соціальної допомоги.

За системою реформування медицини, у найближчому майбутньому будуть розмежовані види медичної допомоги. Так, на першому місці буде сімейна медицина, на другому – кваліфікована допомога вузькопрофільних спеціалістів і на третьому – висококваліфіковані лікарі зі столиці та обласних центрів.

У державі хочуть розвинути мережу амбулаторій сімейної медицини. Передбачається, що в цьому випадку лікарям платитимуть не за відправлених на стаціонар хворих, а за попередження розвитку хвороб, профілактичні обстеження і конкретно викликуваних.

Саме через сімейних лікарів хворі мають проходити в першу чергу, а вже потім спрямовуватися до будь-яких інших спеціалістів. Безкоштовна медична допомога на другому і третьому рівнях буде надаватися тільки пацієнтам, що звернулися спершу до сімейного лікаря. У простих випадках (застуда, неважкі травми) допомогу надаватимуть сімейні лікарі, як дорослим, так і дітям, а у разі потреби – направляти на лікування в стаціонар.

Водночас на сьогоднішній день лікарів не вистачає не тільки для обстеження і профілактики, але й для лікування хворих, адже середня зарплата в українського медика становить дві тисячі гривень. У первинній медицині в Києві нині працює 30% пенсіонерів. Значна частина на молодих фахівців ідуть до приватних лікарень або ж самі розпочинають приватну практику.

Задовольнити потребу в сімейних лікарях за рахунок тільки підготовки нових кадрів неможливо. На сімейних лікарів перенавчатимуть вузькопрофільних фахівців, яких дуже багато. Тобто лікарі різних спеціальностей муситимуть перекваліфікуватися в сімейних лікарів. Головне управління охорони здоров'я наголошує, що основним принципом перепідготовки лікарів загальної практики має бути принцип добровільності. Дільничні педіатри та терапевти, які не пройнуть перепідготовку, залишаться працювати консультантами в діагностичних центрах, створених на базі поліклінік.

Попри усвідомлення загальної потреби реформувати сферу охорони здоров'я, пропозиції реформаторів щодо запровадження інституту сімейної медицини і лікарі, і потенційні пацієнти оцінюють переважно скептично. Наприклад, батьки й педіатри не в захваті від перспективи, що в черзі до одного лікаря стоя-

тимуть і здорові діти, і хворі дорослі. Так само лікарі з острахом уявляють, як в умовах української лікарні один і той самий фахівець оглядатиме людей з вірусними хворобами, вагітних жінок, маленьких дітей та ще й робитиме нескладні операції.

Відомий педіатр Євген Комаровський стосовно сімейної медицини зазначає: «Педіатр відрізняється від іншого лікаря вмінням слухати дитину, яка верещить. А для того, щоб цьому навчитися, треба витратити дуже багато років життя. Виходячи з цього, за півроку зробити з хірургом сімейного лікаря ніяк не вдасться. Сімейного лікаря треба готувати з першого курсу інституту. І щоб він при цьому знав, що, будучи сімейним лікарем, він буде забезпеченою людиною. Сімейна медицина – це дуже позитивно, але біда в тому, що якщо її зараз упровадять неправильно, то цей невдалий експеримент на довгі роки знісує найкращі починання».

Не змінять суті й просте перейменування дільничних лікарів на сімейних або створення госпітальних округів замість районних лікарень, якщо це не буде підкріплено комплексом конкретних заходів щодо забезпечення закладів охорони здоров'я відповідними приміщеннями та новітнім обладнанням.

Це одна новація – автори реформи збираються передати до Верховної Ради законопроект про єдину систему надання екстреної медичної допомоги. Буде створено єдиний обласний диспетчерський пул, куди надходитимуть всі виклики і який направлятиме на виклик найближчу до місця призначення карету швидкої допомоги.

Вимоги до «швидкої» будуть жорсткішими: бригада повинна буде приїхати на виклик у місті за 10 хвилин, а в селі – за 20 хвилин (зараз «норматив» по місту – 15 хвилин, по сільській місцевості – 30 хвилин). Але на сьогоднішній день технічний стан наявних автомобілів «швидкої» та автомобілів для сімейних лікарів вкрай незадовільний. Їхня робота нестабільна, а підтримання в робочому стані тягне за собою непередбачувану перевитрату бюджетних коштів.

Значна частина автомобілів, що використовуються службою швидкої медичної допомоги, мають бути обладнані у відповідності до вимог: типу В – автомобіль екстреної медичної допомоги (type B: emergency ambulance), типу С – реанімобіль (type C: mobile intensive care unit). Загальна потреба в автомобілях швидкої медичної допомоги типу «В» становить 4 639 одиниць. При цьому на сьогодні в наявності є 2 919 автомобілів швидкої медичної допомоги типу «В», більшість з яких потребують заміни (тобто зношені на 70-100%). Потреба в автомобілях швидкої медичної допомоги типу «С» становить 1 230 одиниць. Зараз же в наявності є 217 автомобілів швидкої медичної допомоги типу «С», з яких значна частина потребує заміни.

Другий напрямок реформи – зміни у фінансуванні медичної галузі. Збільшення спрямування коштів на медицину поки що не передбачено, планується лише їх перерозподіл. Так, у концепцію перебудови галузі охорони здоров'я були закладені механізми, спрямовані на те, аби кожен пацієнт, незалежно від ступеня важкості хвороби, зміг отримати адекватну послугу.

Українські лікарні нині отримують фінансування залежно від кількості ліжок-місць. Згідно зі статистикою, в Україні найбільша кількість стаціонарів у порівнянні з країнами ЄС. У Європі ж основне лікування – амбулаторне, перебування в стаціонарі – мінімальне навіть після серйозних операцій.

На думку Ірини Акімової, принцип фінансування ліжок-місць не дає стимулів для надання якісних послуг пацієнтові і не дозволяє зосередити бюджетні кошти у визначеному місці. Тому передбачений перехід до програмно-цільового методу виділення коштів. Тобто в майбутньому у лікарні буде тільки дві статті витрат: зарплата і решта. У менеджерів лікарень має з'явитися шанс розпоряджатися отриманими коштами на власний розсуд: купувати медичні препарати, оплачувати комунальні послуги або ж стимулювати працю лікарів. І саме директори медичних установ відповідатимуть і за витрати, і за підвищення якості надання послуг.

Зарплату лікарів теж хочуть переглянути. В майбутньому вона має складатися з двох частин: ставки і доплат за якість. Щоправда, за якими критеріями їх оцінюватимуть, поки що точно невідомо (коефіцієнти належить затвердити МОЗу).

Третій напрямок реформи – контроль якості медичної допомоги. Чіткі критерії повинні бути прописані у відповідних змінах до закону про основи охорони здоров'я. А поки що можна говорити про такі, як тривалість життя, зменшення захворюваності, випадки інвалідності. У світі є відповідні стандарти, клінічні протоколи, на підставі яких оцінюється якість наданої допомоги.

Лікування, навіть в розвинених країнах, річ дорога і не кожному по кишені, у тому числі й в благополучних Європі і Америці. Але для того, щоб зробити його доступнішим, у більшості розвинених країн світу існує, хоч і в різних варіантах, інститут страхової медицини.

Страхова медицина – це форма організації охорони здоров'я, яка передбачає обов'язкове державне страхування від хвороб у поєднанні з приватною лікарською практикою і приватними медичними установами. Така система організації медицини дозволяє поставити оплату праці медперсоналу і доходи лікувальних установ у безпосередню залежність від якості лікування і діагностики.

Упровадження страхової медицини дасть змогу підвищити якість обслуговування. Адже за страховою угодою відповідальність несе і лікар, і пацієнт. Лікарю доведеться постійно вдосконалюватися, щоб не пропускати помилок, а також уважно стежити за своїми діями, оскільки неправильне обстеження може тягнути за собою юридичну відповідальність і грошові стягнення, що на даний момент не значно практикується. Також страхування – важливий крок до викоринення корупції у цій сфері, оскільки лікування стане більш прозорим і регламентованим. Звісно, якість потребує і значного матеріально-технічного забезпечення.

Головний атрибут страхової медицини – страховий фонд. Він формується за рахунок обов'язкових відрахувань із заробітної плати тих, що працюють, відрахувань працевдавців з прибутку, держдотацій і добродійних фондів.

Планується, що в Україні існуватиме єдиний вид медичного страхування – обов'язковий. Але, як показує європейський досвід, такого бути не може. Адже з 20 мільйонів працюючих українців тільки 11 мільйонів мають офіційні трудові стосунки з працевдавцем. Тобто людина з неофіційними прибутками буде вимушена платити за медичні послуги з власного гаманця або купувати страховий поліс за програмою добровільного медстрахування. Якщо вірити чиновникам, про страхування медичину поки що не йдеться. Але заплановане реформування – всього лише перехідний період. Отже, поки як мінімум до 2014 року система обов'язкової страхової медицини в Україні не запроваджуватиметься.

Загалом для ефективного реалізації медичної реформи в Україні передусім необхідна досконала законодавча база. Як вважають фахівці, Верховна Рада повинна прийняти пакет законів, куди увійдуть Закони «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», «Про права пацієнтів», «Про права медичних працівників», «Про фінансування охорони здоров'я» та інші законодавчі акти, без яких побудувати якісну та доступну медицину просто неможливо. **■**

Наталія ПОРВАТОВА

РЕКЛАМА

ПЕРСПЕКТИВА
центр бізнес-стратегій

ХІ МІЖНАРОДНИЙ ЯЛТИНСЬКИЙ ФІНАНСОВИЙ ФОРУМ

Офіційний партнер

Партнери:

Медіа-партнери:

Місце проведення: Україна, АР Крим, м. Ялта, ГК «Ялта-Інтурист»

КОНТАКТНІ ДАНІ ОРГАНІЗАТОРІВ ФОРУМУ:
вул. Виборзька, 59/67, оф. 29, м. Київ, Україна, 03067
тел./факс: **+38 044 40-66-555** (багатоканальний)
Телефон гарячої лінії: **+38 067 540-01-02**
E-mail: **forum@cbs.org.ua**
www.cbs.org.ua

19-23.09

2011
Ялта

Компанія надає повний спектр колекторських послуг на всій території України

ТзОВ «Правозахисна група «Унікол»
Юридична адреса: 79015, Україна, м.Львів, вул.Героїв УПА, 72
Представництво в м. Києві:
вул. Ярославів Вал, 13/2 Б офіс 19
e-mail: office@unicol.com.ua, www.unicol.com.ua

ЛЕТНЯЯ АКЦИЯ!

Приобретая справочник «IPO от А до Я: Справочник эмитента 2010» Вы получаете миниCD с электронной англйской версией + подписку на одно из ведущих деловых изданий на 2-е полугодие 2011 г. на выбор в ПОДАРОК! Спешите! Количество предложений ограничено!

Компания DAGDA при участии Deutsche Börse и Варшавской фондовой биржи 28 октября 2010 года выпустила «IPO от А до Я. Справочник эмитента 2010».

Полношестный отчет на 150 страниках формата А4 состоит из 4 разделов:

- Формы и типы размещения. Рынок депозитарных расписок.
- Выбор фондовой биржи для размещения. Подробная информация о правилах листинга на 14 биржах мира.
- Анализ развития рынка IPO в 2006–2010 годах. Мир – Европа – Украина.
- Как стать публичной компанией. Реструктуризация и трансформация перед IPO.

Справочник содержит комментарии и контактную информацию ведущих аудиторских и юридических компаний мира, международных бирж и инвестиционных банков.

Хотите привлечь капитал — делайте это вместе с нами!

Подробнее о проектах на сайте <http://www.dagda.com.ua>
Запросить подробную информацию Вы можете по:
тел.(044)223-44-90, т/ф.(044)238-66-52,
E-mail: info@dagda.com.ua

ГРЫФОН ГРУП

ЛІЦЕНЗІЇ ДЛЯ ФІНАНСОВИХ УСТАНОВ
ПРОФЕСІЙНА ПРАВОВА ДОПОМОГА
УЧАСНИКАМ РИНКУ ФІНАНСОВИХ ПОСЛУГ

тел.: **+38 (044) 227 9212**
e-mail: **office@gryphoninvest.com.ua**
www.gryphoninvest.com.ua

БИЗНЕС АЙРЛАЙНС

work: +38 044 351 70 26
cell: +38095281282
e-mail: info@business-airlines.com.ua
www.business-airlines.com.ua

центр ділової авіації

Тел. (044) 496-3670

Premier IA

www.airtaxi.ua

Ліцензія АВ №446894 від 26.05.2011р.