

## **«РЕФОРМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ІДЕЯ ТА РЕАЛІЇ»**

**Медична реформа в Україні необхідна, але вона здійснюється непродумано і фрагментарно.** Такими є висновки Інституту економічних досліджень та політичних консультацій, який за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» здійснив аналіз реформи системи охорони здоров'я в Україні.

**«Якби МОЗ нам пояснив, яку модель надання медичної допомоги ми будемо, то далі ми б рухались швидше і ефективніше. А так ми впроваджуємо реформу навпомацки...» (із зустрічі із представниками влади в одному з пілотних регіонів)**

Впровадження змін повинно базуватися на чіткому формулюванні мети, затвердженні плану та критеріїв його оцінки. При впровадженні реформи системи охорони здоров'я влада про це забула:

- 1) Реформу було розпочато *без затвердження нової моделі* надання медичної допомоги.
- 2) Зміни в пілотних регіонах було розпочато швидко *без ретельно розроблених планів* оптимізації медичних закладів. При цьому інвентаризацію закладів іноді робили вже після початку реформи – під час створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Відповідно, пацієнти та лікарі часто не розуміли зміни щодо отримання / надання медичної допомоги і мету реформи.
- 3) Не було затверджено чітких критеріїв впровадження змін, зокрема, оптимізації медичних закладів. Найболючішим питанням стала відсутність критеріїв реорганізації сільських дільничних лікарень в амбулаторії сімейної медицини, що в окремих випадках призвело до погіршення доступу до медичної допомоги для сільських жителів. За всіх наявних неузгодженостей і проблем, відсутність інформаційної кампанії призводить до супротиву реформі з боку як пацієнтів, так і медиків, яких хвилює їх майбутнє: «на краще навряд чи щось зміниться», «вузьких спеціалістів або звільнять, або змусять перенавчатись на сімейних лікарів».

В результаті досягнення задекларованої мети реформи «збільшення доступності до якісної медичної допомоги» є *сумнівним*.

**«Закупили нам сумки сімейних лікарів, і стоять вони на шафі...» (з фокус групи з лікарями пілотної області)**

Основою нової моделі системи охорони здоров'я повинна бути сімейна медицина. Тому влада доклала зусиль на перенавчання лікарів первинної ланки – педіатрів і терапевтів – на сімейних лікарів протягом короткострокових курсів. Це збільшило навантаження на лікарів. При цьому, близько 60% лікарів первинної ланки є передпенсійного або пенсійного віку, що ставить під сумнів доцільність їх перенавчання.

Крім того, терапевти і педіатри після проходження курсів не завжди готові працювати сімейними лікарями. Самі лікарі говорять про це так: «Нам дали сумки оснащення сімейного лікаря, але вони стоять на шафі, оскільки немає ні знань, як використовувати його, ні бажання це робити». «Курси дозволили оновити отримані в навчальному закладі знання, але не дали практичних навичок». Отже, виникає питання щодо ефективності витрачених коштів.

Світовий досвід також свідчить, що 60% роботи сімейних лікарів полягає в профілактиці. Водночас виявилось, що українські сімейні лікарі не знають суті профілактичних підходів: «Я що, буду бігати по пацієнтах і говорити, що палити погано? Нехай вони до мене ходять».

Тому потрібно зробити акцент на підготовці сімейних лікарів у Вищих навчальних закладах, а не перепідготовці протягом короткострокових курсів.

**«В нас немає, за рахунок чого фінансувати первинку, а про фінансування вторинної ланки медичної допомоги взагалі не йдеться» (із зустрічі із представниками влади в одному з пілотних регіонів)**

У 2012 році у пілотних регіонах всі сили та фінансування було кинуте на створення первинної ланки медичної допомоги. Зокрема, здійснено перерозподіл фінансування на користь центрів ПМСД без відповідної компенсації фінансування вторинного рівня допомоги. Це призвело до суттєвого протистояння між двома рівнями надання допомоги. Вони і без того почуваються конкурентами, а не елементами спільної системи. Автори реформи суттєво недооцінили ресурси, необхідні на її проведення. Так, у пояснювальній записці до закону щодо впровадження реформи в пілотних регіонах (№3612-VI) йшлося про те, що його «прийняття не потребує додаткового фінансування» (!), що суперечить реаліям.

Крім того, можливо, владі вдалось би дещо заощадити, якби реформа стосувалася вторинної ланки медичної допомоги. Остання в Україні характеризується великою кількістю закладів, у яких надають стаціонарну медичну допомогу, порівняно з країнами ЄС, але інтенсивність їх роботи – значно нижча (показник оперативних втручань в стаціонарних умовах є на 20% нижчим в Україні). Проте, оптимізація торкнулась лише сільської медицини. Передбачених в Державному бюджеті субвенцій пілотним регіонам не вистачило на ефективне впровадження змін (включаючи проведення всіх необхідних ремонтів, закупівлі обладнання та оснащення, автомобілів). При цьому, у 2012 році їх було профінансовано лише на 62% від запланованих видатків, що свідчить про невисокий, насправді, пріоритет реформи для влади. Через брак фінансування пілотні регіони досі не створили госпітальні округи, що передбачено як елемент нової моделі системи охорони здоров'я, який би сприяв збільшенню якості медичної допомоги і призвів би до оптимізації закладів вторинної ланки медичної допомоги.

**«Ми подивились, як в пілотах, і робимо по-своєму, ліпше»(з розмови із представниками влади не з пілотних регіонів)**

Пілотні регіони повинні були впровадити передбачені зміни в себе протягом 2012-2014 років. Водночас, Міністерство охорони здоров'я мало би провести моніторинг і виписати чіткі кроки з впровадження змін в інших регіонах. Разом з тим, ще до результатів моніторингу зміни розпочалися в інших областях України (відповідно до Національного плану дій на 2013 рік, в якому передбачено необхідність створити центри ПМСД в усіх областях України). При цьому, всі йдуть вже пройденим шляхом – впровадженням змін без ретельного планування, обговорення і оприлюднення, а також без необхідного фінансування (за оцінкою МОЗ, фінансування відкриття центрів ПМСД у всіх областях України лише у 2013 році потребує 1 млрд грн, яких так і не було передбачено в бюджеті).

Відповідно, наближувати принципи надання медичної допомоги в Україні до світових стандартів, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я, потрібно. Але для успішного впровадження реформи охорона здоров'я нарешті повинна почати працювати як система, а не як відокремлені елементи надання медичної допомоги. Слід налагодити співпрацю всіх рівнів медичної допомоги і всіх лікарів, щоб вони почувались як команда, а не як конкуренти. Зрештою, потрібен час на проведення інформаційної кампанії, яка має пояснити переваги нової моделі як для пацієнтів, так і для лікарів.

\*\*\*

*Інститут економічних досліджень та політичних консультацій почав роботу над проектом «Аналіз реформи системи охорони здоров'я», який було підтримано Міжнародним фондом «Відродження», у червні 2012 року. Тоді не було доступної інформації про реформу і не було зрозуміло, про що йдеться, хоча пілотні регіони – Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та місто Київ – вже півроку впроваджували кроки з реформування. Поодинокі новини стосувались лише виступів громадськості проти закриття закладів охорони здоров'я. Оскільки оцінювати кількісні результати реформи системи охорони здоров'я ще рано, експерти проекту зосередили свою увагу на моніторингу якості впровадження змін (на основі глибинних інтерв'ю, аналізі нормативної бази). Моніторинг реформування охорони здоров'я оснований на результатах 17 фокус-груп із лікарями та пацієнтами пілотних регіонів, аналізі понад 50 глибинних інтерв'ю із представниками влади, лікарями, пацієнтами та експертами пілотних регіонів, результатах власних поїздок в пілотні регіони та численних новинах в ЗМІ.*