



Катерина Руських

Реформи первинної медичної допомоги в країнах Центральної та Східної Європи. Уроки для України

У 2011 році в 4-ох пілотних регіонах України почалася реалізація масштабної програми реформування медичної галузі. На перших етапах реформування основною метою є пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги, або сімейної медицини¹. Із системним упровадженням сімейної медицини Україна значно запізнилася в порівнянні з країнами Центральної та Східної Європи (ЦСЄ) та навіть деякими країнами колишнього Радянського Союзу, які розпочали реалізовувати відповідні реформи у 1990-х та 2000-х роках. Завдання щодо створення первинної ланки в Україні схожі: забезпечення медичної галузі необхідною кількістю сімейних лікарів, організація їхньої роботи, збільшення частки фінансування первинної допомоги і заохочення сімейних лікарів до надання ширшого переліку послуг та кращої якості роботи. Через схожість завдань і підходів до реалізації реформ вивчення досвіду інших країн важливе, адже насамперед показує, що реформування первинної ланки є довготривалим, а успіх не є гарантованим.

Цей звіт пропонує огляд розвитку сімейної медицини в країнах регіону, які досягли більших (Естонія), менших (Чеська Республіка, Литва, Польща, Угорщина) успіхів у реформуванні або поки що зазнали невдачі (Болгарія, Румунія). Окремої уваги заслуговує створення первинної ланки в деяких країнах СНД (Молдова, країни Центральної Азії), яке, незважаючи на тривалий період реформ, знаходиться переважно на початкових етапах реформування і проходить за інтенсивної допомоги міжнародних організацій.

Огляд показує, що більш успішні країни-реформатори ЦСЄ забезпечили хороший рівень доступності та організації роботи приймалень сімейних лікарів і достатньо високий ступінь задоволення пацієнтів первинною ланкою допомоги. Проте всім країнам ЦСЄ за тривалий час реформ так і не вдалося досягти бажаного зміщення медичної допомоги зі спеціалізованого на первинний рівень. Для країн регіону більшою чи меншою мірою характерні проблеми нестачі сімейних лікарів, насамперед у сільських районах, великої завантаженості сімейних лікарів, координації роботи первинного і вторинного рівнів допомоги тощо.

Різні оглядачі реформ у країнах ЦСЄ вказують на різні чинники успіху чи невдачі реформування. Загалом розвиненіша сімейна медицина характерна для країн регіону з вищим економічним розвитком. Чинники, що можуть заважати реформуванню, включають політичну нестабільність, низький

¹ У цій роботі ми вживаємо терміни «первинна медична допомога» і «сімейна медицина» часто як тотожні поняття.

ступінь взаємодії між органами управління, що проводять реформування, поширеність корупції в медичній сфері, обмежене фінансування, недостатні можливості щодо регулювання та моніторингу первинного сектора органами управління та відсутність суспільного консенсусу щодо цілей реформування.

Беручи до уваги досвід країн ЦСЄ та СНД, а також зважаючи на результати першого року реформування в пілотних регіонах, можна стверджувати, що для України створення і налагодження роботи первинної ланки не буде швидким та легким. Ситуація глибокої недовіри населення до уряду, усталеність відносин, у тому числі неформальних, у медичній галузі, що закріпилися за роки без реформ, перспективи повільного економічного зростання в найближчі роки, обмежені ресурси для проведення реформування, напевно, заважатимуть реалізації реформ медичної галузі, в тому числі створенню сімейної медицини. Важливою для успішного впровадження первинної ланки в Україні є чітка постановка цілей реформування і моніторинг їхнього виконання, залучення зацікавлених груп і громадськості до обговорення реформ для побудови консенсусу щодо реформування, підкріплення змін інформаційною кампанією серед пацієнтів і підвищення статусу сімейних лікарів, послідовне вдосконалення медичної освіти і зокрема спеціальності «Сімейна медицина».

Автор хоче подякувати В. Н. Лехан за коментарі до тексту. Позиція, висловлена у звіті, та помилки є винятково відповідальністю автора.

Навіщо Україні потрібна сімейна медицина?

Первинна медична допомога – це базова допомога з профілактики, діагностики та лікування, що надається на засадах рівності й доступності. Сімейна медицина є різновидом первинної медичної допомоги, коли сімейний лікар надає медичну допомогу дорослим і дітям, що може включати такі базові послуги: діагностика та лікування внутрішніх хвороб, хвороб органів чуття, ведення здорової вагітності, нагляд за хронічними хворими, профілактичні заходи, надання невідкладної допомоги тощо. Сімейний лікар є першим медичним фахівцем, із яким контактує пацієнт при виникненні в нього проблем зі здоров'ям.

Розвинена первинна медицина дає можливість отримувати кращі результати з меншими витратами і вищим рівнем задоволення пацієнтів. Сімейні лікарі тривалий час взаємодіють зі своїми пацієнтами, надають усебічну допомогу всім членам сім'ї та краще обізнані щодо стану їхнього здоров'я на відміну від разової допомоги спеціалізованих лікарів. Первинна медицина також доступніша, особливо для вразливих верств населення, у порівнянні із дорожчою спеціалізованою. Економія витрат досягається за рахунок того, що якісна первинна медицина зменшує потребу в госпіталізації пацієнтів, у наданні спеціалізованої допомоги, у викликах «швидкої», а також знижує необґрунтовані або зайві медичні втручання (курси лікування, оперативні втручання тощо)². Сімейна медицина дозволяє ефективніше наглядати за пацієнтами з хронічними хворобами і зосереджувати зусилля на превентивних заходах та профілактиці.

В Україні надання медичної допомоги зосереджено на спеціалізованому рівні. Третина дорослого населення напряму звертається до

спеціалістів, обминаючи терапевтів³, що призводить до тривалішого «блукання» пацієнтів між лікарями, великої кількості необґрунтованих звернень і навантаження на вузькопрофільних лікарів. При цьому «безкоштовна» спеціалізована допомога може бути недоступною для частини населення: близько 70% опитаних українців оплачували послуги лікарів, при чому близько 40% стверджують, що в них вимагали гроші самі медичні працівники⁴. Водночас відповідальність за лікування фактично деперсоніфікована: немає чіткого розподілу відповідальності за кінцевий результат лікування; ніхто не слідкує за перебігом негострих хронічних хвороб, пацієнтам не пропонуються профілактичні заходи.

Сімейна медицина дає кращі результати за менші кошти та підвищує доступність медичної допомоги

Пріоритетний розвиток сімейної медицини в Україні важливий також тому, що українці не можуть собі дозволити утримувати велику кількість вузькоспеціалізованих медичних спеціалістів, що здорожує медичну допомогу. У близькому майбутньому Україну може спіткати дефіцит медичного персоналу, що означатиме зниження доступу населення до лікарів-спеціалістів і формальне чи неформальне зростання вартості їхніх послуг. Сімейні лікарі мають взяти відповідальність за діагностику і лікування нескладних хвороб дітей та дорослих, нагляд за хронічно хворими та профілактику, пом'якшивши майбутню проблему кадрового дефіциту.

Плани реформування в Україні: повторюємо за країнами ЦСЄ та СНД

Програма модернізації первинної медичної допомоги в Україні і шляхи її реалізації подібні

² What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? // World Health Organization Europe. – January 2004.

³ Лехан В. М., Слабкий Г. О. та Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. – С. 7.

⁴ Опитування Інституту Горшеніна 2011: http://institute.gorshenin.ua/news/183_sistema_zdravooohraniya_ukraini.html

до програм інших країн ЦСЄ та СНД, де реформування почалося раніше, як правило, із залученням експертної та фінансової допомоги міжнародних організацій: Світового Банку (СБ), ЄС, USAID, BOOЗ, програм ООН і інших агенцій. У більшості країн СНД міжнародні агенції є лідерами, натхненниками і фінансистами реформування медичної галузі. Більшість країн ЦСЄ починала реформування на початку 1990-х, але їхнє системне впровадження стартувало зазвичай наприкінці 1990-х. Велика кількість змін подібно до України пройшла випробування «пілотами» - апробацією в обраних регіонах. Подібність завдань і шляхів реформування в Україні та країнах ЦСЄ, ймовірно, означає схожі труднощі реалізації реформ та дає можливість повчитися на успіхах та невдачах цих країн.

Завдання та шляхи реформування, а значить, імовірно, й труднощі реалізації реформ подібні в Україні та у країнах ЦСЄ

В Україні, так само як і в інших країнах регіону, реформування системи охорони здоров'я починалось із модернізації первинної медичної допомоги. ***Загальною метою реформи первинної ланки є підвищення її ролі в медичній галузі шляхом часткової переорієнтації надання медичної допомоги зі спеціалізовано рівня на первинний.*** На першому етапі перед країнами-реформаторами поставали такі завдання: підготовка лікарів загальної практики та/чи сімейних лікарів; реорганізація поліклінічних комплексів зі створенням центрів первинної медицини і окремих приймалень-офісів сімейних лікарів, оснащення центрів і приймалень та зміна моделі фінансування й управління первинною допомогою. На наступних етапах країни ЦСЄ ставили за мету інформатизацію робочих місць сімейних лікарів, налагодження взаємодії між сімейними лікарями та спеціалізованими лікарями, заохочення сімейних лікарів до надання ширшого обсягу послуг тощо. Багато завдань реформування є

довгостроковими, оскільки потребують послідовних змін протягом тривалого періоду втілення реформ. Так, якщо найрозвиненіші країни регіону за роки реформ вирішили питання оснащення кабінетів сімейних лікарів і організації їхньої роботи, питання подальшого вдосконалення навчання сімейних лікарів та збільшення їхньої ролі в медичній галузі залишається на порядку денному в багатьох країнах-реформаторах.

Шляхи створення первинної медичної допомоги в Україні подібні до того, як створювалася ця ланка в інших країнах регіону, де організовували курси перенавчання терапевтів, педіатрів та лікарів-спеціалістів на лікарів загальної практики та сімейних лікарів, оснащували центри і приймальні сімейних лікарів часто із залученням коштів і обладнання від донорських організацій та впроваджували стимулюючу оплату праці для сімейних лікарів. Переважна більшість країн ЦСЄ на перших етапах реформування (окрім Литви і Словенії) намагалася приватизувати приймальні та центри первинної медичної допомоги, розраховуючи на те, що ринкові механізми стимулюватимуть конкуренцію між сімейними лікарями, наслідком чого стане краща якість їхньої роботи. В Україні таке завдання не ставлять, хоча сімейних лікарів заохочують до приватної практики.

Незважаючи на схожі завдання й шляхи реалізації реформ, існує багато відмінностей у функціонуванні первинної медичної допомоги в країнах ЦСЄ та СНД: різні організаційні моделі, різні функції та обов'язки сімейних лікарів та складові їхньої оплати праці, і, звичайно, різна задоволеність пацієнтів роботою первинної ланки, різна частка у фінансуванні та роль у системі охорони здоров'я, що ми розглянемо далі.

Навчання: де взяти сімейного лікаря?

Усі постсоціалістичні країни до реформування мали систему охорони здоров'я, де первинна і вторинна медична допомога не були чітко розділені. На базовому рівні в поліклініках працювали терапевти, педіатри поряд із

«вузькими» спеціалістами. Медична галузь була спрямована на надання передусім спеціалізованої і госпітальної допомоги в той час, як роль терапевтів знижувалася.

Передбачене реформами зміщення уваги зі спеціалізованої на первинну медичну допомогу потребувало підготовки лікарів загальної практики або сімейних лікарів, які б надавали більшу кількість базових послуг, проводили профілактику, ранню діагностику та координували лікування пацієнтів. Підготовку таких спеціалістів розпочали одночасно двома способами: реформування медичної освіти в медичних вишах та перепідготовка практикуючих терапевтів, педіатрів та інших спеціалістів. У Словаччині, Литві, Латвії та Угорщині курси із сімейної медицини були включені в програму підготовки студентів-медиків, а в Естонії, Словенії, Польщі та Чеській Республіці були створені окремі кафедри сімейної медицини⁵. Окрім того, в різних країнах пропонуються різноманітні додаткові короткострокові курси для сімейних лікарів, у тому числі дистанційні.

Перепідготовчі курси для сімейних лікарів тривали від 4–6 місяців у більшості країн до 1–3 років у країнах Балтії

В Естонії курси перенавчання на сімейних лікарів започаткували в 1991 році. Сімейна медицина стала спеціальністю в 1993, а в 1995 році була впроваджена ординатура із сімейної медицини⁶. Протягом 1991–2005 років тільки 69 спеціалістів із загальної кількості сертифікованих сімейних лікарів пройшли через вишівську та післядипломну освіту, тоді як 937 сімейних лікарів були підготовлені на трирічних

курсах перепідготовки для терапевтів та педіатрів⁷.

У Литві в 1991 році розпочалася спеціалізована підготовка лікарів загальної практики тривалістю у 33 місяці, а в 1993 стартували курси перепідготовки тривалістю в 52 тижні. До 2010 року в Литві збиралися підготувати 2500 лікарів загальної практики, але ці плани здавалися нереальними через брак викладачів, важкість для терапевтів та педіатрів залишити свою практику на час навчання і оплачувати витрати із проживання та харчування протягом курсів⁸.

У Польщі підготовку сімейних лікарів проводили через регіональні центри післядипломної освіти. Підготовка сімейних лікарів відбувалася через трирічну ординатуру для молодих випускників та інтенсивні 6-місячні курси для терапевтів і педіатрів⁹. З 1994 року в Польщі сімейна медицина стала незалежною спеціальністю в медичних університетах.

У Болгарії протягом 90-х років були внесені зміни до медичної освіти: впроваджено курс на 90 годин із сімейної медицини та трирічну аспірантуру зі спеціальності. Для спеціалістів із загальної практики в університеті викладається протягом 1 року курс «Сімейна медицина». Перепідготовку лікарів у Болгарії збиралися зробити тривалістю 18 місяців для спеціалістів та 6 місяців для терапевтів і педіатрів, але спершу практикуючих дільничних лікарів перенавчали протягом 8 тижнів¹⁰.

У Молдові в 1996 році була започаткована програма підготовки сімейних лікарів. У 1998 році з'явився факультет сімейної медицини в

⁵ Seifert et.al. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. 2000.

⁶ Health care systems in transition: Estonia. 2004. P. 91.

⁷ Maarsoos, H-I. Family medicine in Estonia: development and research. EGPRN 2005, Tartu.

⁸ Health care systems in transition: Lithuania. 2000. P. 54.

⁹ Family practice development strategies. Report on the second WHO Meeting of the Expert Network, 1995. У різних джерелах дані щодо підготовки сімейних лікарів у Польщі відрізняються: дворічна програма перепідготовки для випускників: Health care systems in transition: Poland (1999); 1-річний курс перепідготовки: Seifert et.al. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. 2008.

¹⁰ Health care systems in transition: Bulgaria. 1999. P. 42.

Державному медичному університеті. Перепідготовка проводилася через трирічний спеціалізований курс або короткий 4-місячний курс. З 1998 року за підтримки UNICEF проводилися короткострокові курси для сімейних лікарів щодо здоров'я матерів та дітей. З 2003 року Світовий Банк розпочав додаткові 4-тижневі курси¹¹.

У Таджикистані в 2004 році в державному університеті розпочали набір на програму сімейної медицини, яка, однак, не була популярною. В центрах перенавчання лікарі та медсестри проходили 6-місячний курс. Із технічною та фінансовою допомогою міжнародних організацій курси вдосконалили. До 2009 року 1578 сімейних лікарів та 1721 медсестри пройшли навчання із сімейної медицини¹².

У Киргизстані в 1997 році почалися курси навчання для майбутніх викладачів із сімейної медицини. За 5 років вдалося підготувати 63 викладачі. Також 1997 року розпочалися 4-місячні курси перенавчання терапевтів, педіатрів та гінекологів на сімейних лікарів. З 1998 були запуснені 2 дворічні ординатури із сімейної медицини¹³.

У деяких країнах регіону короткі терміни перенавчання були об'єктивною необхідністю через гірший стан галузі і брак ресурсів

Таким чином, курси перепідготовки значно відрізнялися в країнах ЦСЄ та СНД за тривалістю та наповненням. Але їх важко порівнювати, тому що в різних країнах лікарі загальної практики та сімейні лікарі надають різний перелік медичних послуг. Вибір на

користь короткострокових курсів перенавчання найімовірніше робився через гірший стан системи охорони здоров'я та нагальнішу потребу в реформуванні, а також через обмеженість ресурсів для перенавчання (викладачів, центрів, обладнання).

З огляду на триваючу дискусію щодо ефективності короткострокових курсів перенавчання сімейних лікарів в Україні (див. звіт [«Реформа охорони здоров'я: важкі перші кроки»](#)) варто зазначити, що і в Болгарії, і в Молдові короткий термін перенавчання провокував значну недовіру пацієнтів до сімейних лікарів. Також короткострокові курси й відповідно невпевненість перенавчених сімейних лікарів у своїх знаннях може бути одним із чинників уникнення ними відповідальності за лікування пацієнтів та необґрунтовано високої кількості направлень до спеціалістів, що зберігається у країнах ЦСЄ та СНД. Однак, короткі терміни перенавчання характерні не тільки для України, вони обумовлені об'єктивною необхідністю і дозволяють терапевтам та педіатрам розширити перелік медичних послуг, зокрема проводити превентивні заходи.

У цілому майже в усіх країнах ЦСЄ, не кажучи вже про СНД, зберігається потреба у вдосконаленні університетської програми навчання сімейних лікарів, гармонізації освіти з вимогами ЄС, вдосконаленні курсів підвищення кваліфікації і правил підтвердження кваліфікації для сімейних лікарів та потреба в розвитку наукових досліджень та розробок у галузі первинної медичної допомоги¹⁴.

Організаційні моделі первинної медичної допомоги

У всіх країнах реформування системи охорони здоров'я починалось із децентралізації управління медичною галуззю. До запровадження обов'язкового медичного страхування місцеві органи влади відігравали

¹¹ Review of Experience of Family Medicine in Europe and Central Asia: Moldova CASE Study. World Bank. May 2005. P. 38–39.

¹² Health care systems in transition: Tajikistan. 2010. P. 92–93.

¹³ Hardison, C. et.al. The emergence of family medicine in Kyrgyzstan. Family Medicine 2007, 39 (9): 627–633.

¹⁴ На основі Seifert et.al. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. 2008.

значну роль у плануванні роботи та контролі за медичними закладами та, як правило, укладали з ними контракти на надання медичних послуг. Однією із проблем децентралізації було те, що місцеві органи влади, яким, окрім іншого, бракувало управлінських навичок у керуванні процесом реформування, отримували повноваження щодо контролю і управління медичними закладами, але не отримували відповідний фінансовий ресурс для здійснення цих функцій. У подальшому більшість країн поверталася до централізації управління медичною галуззю, але місцева влада зазвичай зберігала різний ступінь відповідальності за первинну медичну допомогу, наприклад, здійснювала планування, надання в оренду офісів-приймальень сімейних лікарів, нагляд¹⁵.

У країнах ЦСЄ сімейні лікарі та лікарі загальної практики переважно ведуть приватну практику (Естонія, Болгарія, Румунія, Чеська Республіка), можуть мати як державну практику, так і приватну (друга переважає) (Польща, Угорщина, Литва) або бути здебільшого найманими працівниками при державних центрах і амбулаторіях (Словенія). У Молдові, Киргизстані та Казахстані заклади первинної допомоги майже повністю залишаються в державній власності, і відповідно лікарі загальної практики залишаються в переважній більшості найманими працівниками. Незалежно від форми власності фінансування первинної медичної допомоги відбувається в основному за рахунок бюджету (муніципального чи державного) або коштів фондів соціального медичного страхування.

В Естонії до 1998 року сімейні лікарі були найманими працівниками поліклінік та амбулаторій, що належали місцевій владі і фінансувалися зі страхового фонду. У 1998 році сімейні лікарі мали зареєструватися як незалежні приватні лікарі з власним списком пацієнтів. Через перенавчання педіатрів, які ще працювали

на той час, та супротив північно-східних регіонів, де сімейні лікарі продовжували працювати в поліклініках, повністю перехід на контрактну форму тривав до 2002 року. Місцеві органи влади в Естонії визначають кількісну потребу у сімейних лікарях на своїй території. Сімейні лікарі укладають прямі контракти зі страховим фондом¹⁶.

На противагу Естонії в іншій Балтійській країні, Литві, 80% сімейних лікарів разом з іншими лікарями первинної ланки є найманими робітниками, що працюють в державних центрах, клініках, амбулаторіях та приймальнях сімейного лікаря тощо. У великих містах залишається багато поліклінік на зразок колишніх радянських, що надають більш складні спеціалізовані послуги. Місцева влада управляє та контролює заклади первинної медичної допомоги¹⁷. В Польщі на первинному рівні працюють як незалежні приватні сімейні лікарі, так і лікарі, що працюють в центрах і клініках державної форми власності. В державних клініках, як правило, продовжують працювати терапевти, педіатри, гінекологи, лікарі-хірурги і інші вузькі спеціалісти¹⁸. В Угорщині також співіснують приватні практики і лікарі первинної ланки на державній службі, але перші домінують.

У країнах Центральної Азії та в Молдові сімейні лікарі є найманими працівниками. В Центральній Азії заклади первинного рівня в містах організовані як групові практики на базі поліклінік і центрів сімейної медицини. В сільських районах невеликі лікарні реорганізовані в пункти амбулаторної допомоги, зберігаються фельдшерські пункти¹⁹.

¹⁶ Health care systems in transition: Estonia. 2008. P. 143–144.

¹⁷ Kiskiēne, A., Giest, S., Dumortier, J. Country Brief: Lithuania, eHealth Strategies. October 2010; Polluste, K. et al. Primary care in Baltic countries: A comparison of progress and present systems. Health Policy 2012.

¹⁸ Krol, J.Z. Country Case Study: Primary care in Poland. 2008.

¹⁹ Rechel, B. et al. Lessons from two decades of health reform in Central Asia. Health Policy and Planning 2012; 27: P. 285.

¹⁵ Детальніше в Shakarishvili, G., Davey, K. Trends in Reforming the Provision and Financing of Healthcare Services in CEE/CIS Regions during the 1990s. 2007.

Тільки в Естонії на первинному рівні медичної допомоги працюють винятково сімейні лікарі. Румунія близька до цього, але в країні лікарі без спеціалізації також можуть працювати на первинній ланці. В Чеській Республіці та Словенії, крім сімейних лікарів, залишаються лікарі-педіатри, в Угорщині до них додаються лікарі без спеціалізації. В Польщі та Болгарії, окрім сімейних лікарів, залишаються терапевти і педіатри до 2017 та 2015 років відповідно. В Литві на первинному рівні працюють сімейні лікарі, терапевти, педіатри, гінекологи і інші

Упровадження сімейної медицини в країнах ЦСЄ за 15–20 років із початку реформ знаходиться на півдорозі й попотребує поштовху

спеціалісти²⁰.

У більшості країн сімейні лікарі виконують роль «вартових»: пацієнти можуть відвідати спеціаліста, лише отримавши направлення від сімейного лікаря. Але в більшості країн ЦСЄ існує перелік спеціалістів, візит до яких не потребує направлення сімейного лікаря²¹. В Чеській Республіці лікарі загальної практики взагалі не наділені функцією «вартових». Окрім того, в багатьох країнах пацієнтам дозволено напряму звертатися до спеціалістів за доплату.

В усіх країнах реалізований принцип вільного вибору лікаря загальної практики: пацієнти раз на 3, 6 чи 12 місяців можуть змінювати сімейного лікаря. Вважається, що цей принцип стимулює конкуренцію між сімейними лікарями, а значить підвищує якість їхніх послуг. Однак, вільний вибір лікаря в багатьох країнах значно обмежений через нестачу сімейних лікарів і їх нерівномірний територіальний розподіл. Огляд організаційних моделей показує, що за тривалий

час реформ лише Естонія повністю перейшла до моделі надання первинної медичної допомоги на основі сімейної медицини. Це дозволяє говорити про те, що за 15–20 років реформ впровадження сімейної медицини знаходиться на півдорозі і потребує поштовху²². В країнах СНД реформи здебільшого лише на перших стадіях і потребують подальшого вдосконалення оснащення та організації роботи закладів первинного рівня.

Стимулююча оплата праці сімейного лікаря

Оплата праці сімейних лікарів здійснюється на основі змішування таких компонентів: оплата за кожного пацієнта, плата за послуги, бонуси за виконання певних програм і за додаткові послуги. Змішування різних компонентів у оплаті праці має на меті подолання їхніх недоліків та стимулювання сімейних лікарів до надання ширшого переліку послуг та виконання пріоритетних програм, наприклад програми охорони жіночого здоров'я, імунізації дітей, догляду за хронічно хворими.

Недоліком оплати праці лише на основі фіксованої оплати за кожного пацієнта подібно до фіксованої суми заробітної плати, навіть з урахуванням вікових груп пацієнтів (із вищою оплатою за дітей та літніх пацієнтів) вважається надання лікарями послуг у меншій кількості та гіршої якості та зростання неформальних платежів. Недоліком плати за послуги є стимулювання до надання надмірної кількості необґрунтованих найдорожчих послуг.

У таблиці 1 детальніше представлені компоненти оплати праці в країнах регіону. Поза таблицею залишаються деякі важливі елементи.

Найвагомішою складовою оплати праці сімейних лікарів є оплата за кожного пацієнта, що стимулює їх до набору більшої кількості пацієнтів. Однак, аби завадити ситуації, коли надвелика кількість пацієнтів негативно впливає

²⁰ Oleszczyk, M. et.al. Family medicine in post-communist Europe need a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia. BMC family practice 2012.

²¹ Див. там само.

²² Такі висновки роблять М. Oleszczyk та В. Seifer зі співавторами (шукайте назви статей у виносках).

на якість послуг, в деяких країнах таку оплату зменшують за кожного нового пацієнта понад визначену кількість. Окрім того, аби стимулювати сімейних лікарів до надання ширшого переліку послуг замість частих направлень на спеціалізований рівень, деякі країни встановлюють обмеження на кількість направлень. Однак, ефективність цих заходів сумнівна, адже типовою для багатьох країн регіону є нестача сімейних лікарів, і тому деякі із них змушені обслуговувати велику кількість пацієнтів. Стосовно обмежень на кількість направлень виникають сумніви щодо їх етичності і, окрім того, дієвості, адже пацієнти можуть неформально звертатися до лікарів-спеціалістів напряму, оминаючи свого сімейного лікаря (наприклад, пацієнти в Болгарії).

У країнах Центральної Азії переважав механізм, в основі якого була оплата за визначену кількість пацієнтів. Лише нещодавно, наприкінці 2000-го року, деякі країни почали впроваджувати доплату за певні послуги. Оплата праці в Центральній Азії залишається мізерною.

Таблиця 1: Оплата праці сімейних лікарів²³

<i>Країна</i>	<i>Оплата за кожного пацієнта</i>	<i>Плата за послуги</i>	<i>Бонуси</i>	<i>Інше</i>
Болгарія	Так. Зважена на вікові категорії (63%)	Оплата за виконання програми дитячого здоров'я (11%), програми жіночого здоров'я, оплата за профілактичні заходи	-	Доплата за роботу у віддалених районах і за ускладнених умов Доплата за надання послуг пацієнтам поза списком лікаря Оплата пацієнтами кожного візиту (1% мінімальної ЗП)
Чеська Республіка	Так. Зважена на вікові категорії (70%)	Профілактичні заходи, невідкладна допомога на дому (30%)	-	-
Естонія ²⁴	Так. Зважена на вікові категорії (близько 66%)	-	Оплата за виконання встановлених індикаторів, наприклад за догляд за хронічно хворими та імунізацію дітей (близько 2–3%)	Фіксовані компоненти оплати за лабораторні тести, утримання практики, розміщення на відстані > 20-40 км від лікарні
Угорщина	Так. Зважена на вікові категорії (близько 70% до впровадження бонусів)	-	Бонус за досягнення визначених індикаторів якості	Доплата, якщо лікар має відповідну кваліфікацію, або доплата меншого розміру, якщо лікар веде практику більше 25 років Доплата за обслуговування незареєстрованих пацієнтів, розмір та розміщення практики у віддалених районах (29,4% до

²³ Таблиця створена переважно на основі останніх звітів країн програми Health System in Transition. Оскільки інформація у звітах переважно подана в описовому вигляді, дані можуть не повністю описувати механізм оплати й містити неточності.

²⁴ Для Естонії дані взяті з Polluste, K.et.al. Primary care in Baltic countries: A comparison of progress and present systems. Health Policy 2012. Компоненти розходяться з Health care systems in transition: Estonia. 2008.

				впровадження бонусів)
Литва	Так (80%)	-	Бонуси за низький рівень госпіталізації, досягнення високого показника дитячої імунізації, за високий рівень візитів до пацієнтів, за ранню діагностику деяких видів раку та серцево-судинних захворювань (близько 13-14%)	Доплата лікарям, що працюють у сільській місцевості
Польща	Так. Зважена на вікові категорії	Доплата за профілактичні заходи	-	-
Румунія	Так. Зважена на вікові категорії (85%)	Оплата за послуги: за такі профілактичні і превентивні заходи, як імунізація, моніторинг хронічних захворювань, попередження жіночих та дитячих хвороб (15%)	Бонус за досягнення вищого за 95% рівня імунізації	Загальна оплата також залежить від професійного рівня та умов праці (доплата лікарям, що практикують у віддаленій місцевості)
Молдова	Так	-	Доплати за нагляд за дітьми до 5 років, виконання програми імунізації, регулярні профілактичні візити до певних пацієнтів, лікування та нагляд за певними хворими (діабет, гепатит, рак, туберкульоз і інше)	-

Джерела: складено на основі звітів Health System in Transition для відповідних країн; Oleszczyk, M. et.al. (2012); Polluste (2012).

Реформи первинного рівня: що в них вийшло?

На жаль, комплексної оцінки результатів та ефективності впровадження первинного рівня допомоги в країнах регіону немає. Однак, щодо успіхів та невдач реформування можна робити певні висновки, користуючись інформацією щодо задоволеності пацієнтів, зростання чи зменшення ролі первинного рівня в лікуванні пацієнтів та про основні теперішні проблеми і завдання первинної ланки після тривалого часу реформ.

У країнах ЦСЄ рівень задоволеності пацієнтів первинною медичною допомогою від 69% (Болгарія) до 84% (Словенія) (див. мал. 1). Середній відсоток людей у країнах ЄС, які вважають систему первинної допомоги хорошою, становить 84%²⁵, тобто для більшості країн ЦСЄ залишається простір для вдосконалення. Високий відсоток задоволеності пацієнтів характерний як для країни, де на первинному рівні працюють переважно наймані лікарі загальної практики, що працюють у великих центрах та групових практиках (Словенія), так і для країн, де лікарі ведуть переважно приватну одноосібну практику (Словаччина, Угорщина, Чеська Республіка).

Задоволеність населення первинною ланкою та доступність первинної медичної допомоги порівняно висока в більшості країн ЦСЄ

У цілому первинна медична допомога є доступною в усіх країнах ЦСЄ, хоча в країнах Балтії респонденти зазначають нижчу доступність, ймовірно, через те, що пацієнти мають сплачувати зі своєї кишені за медичну допомогу на дому (Естонія та Латвія) та покривати частину вартості приписаних ліків

²⁵ Health and long-term care in European Union. Special Eurobarometer 283. EC 2007.

(Естонія, Латвія, Литва)²⁶. В Болгарії офіційно сімейна медицина є доступною, однак у країні зберігається високий рівень неформальних платежів: 9% опитаних пацієнтів визнали, що платили сімейним лікарям неофіційно²⁷. Окрім того, висока ймовірність потрапити на прийом до лікаря первинної ланки в перший день запису зберігається в Чеській Республіці, Угорщині, Словаччині та Словенії у той час, як у Латвії це неможливо через зазвичай велику чергу на прийом.²⁸ В Чеській Республіці 95% пацієнтів можуть доїхати (на автомобілі) до приймальної лікарняної практики за 6 хвилин²⁹. У багатьох країнах, наприклад в Естонії та Польщі, вже звичною є можливість отримання консультації у сімейного лікаря по телефону.

У країнах Центральної Азії доступ населення до первинної ланки залишається обмеженим насамперед у віддалених сільських районах. У Киргизстані та Таджикистані доступу до медичної допомоги перешкоджає гориста місцевість, а в Узбекистані та Казахстані, навпаки, – великі незаселені степи з нерозвиненою інфраструктурою. Проблемою в цих країнах залишається низька фінансова доступність первинної допомоги, в тому числі через потребу платити неформальні платежі (ситуація краща в Киргизстані, де працює система медичного страхування)³⁰.

Попри те, що в країнах ЦСЄ достатньо високий рівень задоволеності пацієнтів роботою сімейних лікарів та лікарів загальної практики (окрім Болгарії, Румунії, Латвії та Польщі), ці показники не є визначальними для висновку щодо успіху реформування. Задоволеність пацієнта залежить великою мірою від емоційних складових: розуміння проблеми пацієнта

²⁶ Polluste, K.et.al. Primary care in Baltic countries: A comparison of progress and present systems. Health Policy 2012.

²⁷ Health care systems in transition: Bulgaria. 2012.

²⁸ Euro Health Consumer Index 2012.

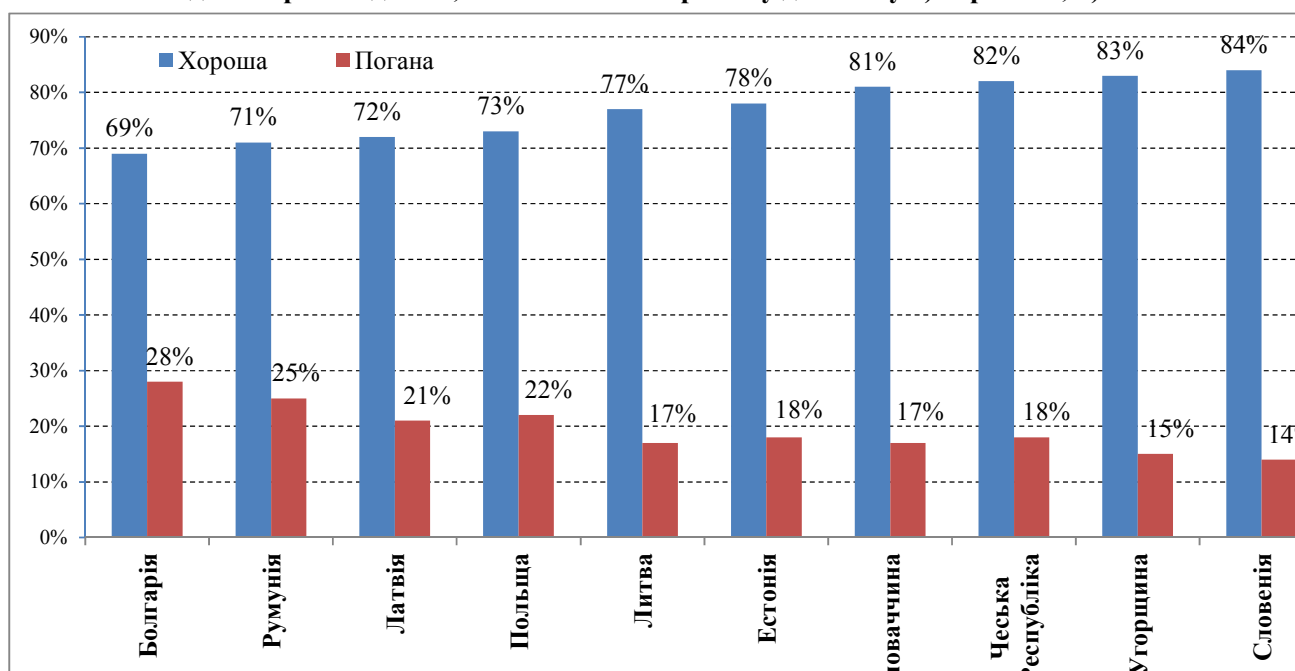
²⁹ Health care systems in transition: Czech Republic. 2008. P. 105–106.

³⁰ Rechel, B.et.al. Lessons from two decades of health reform in Central Asia. Health Policy and Planning 2012; 27: P. 285.

лікарем, роз'яснення щодо проблеми та емоційної підтримки. Високий рівень задоволеності може означати, що теперішня робота первинної ланки краща за роботу терапевтів та педіатрів у радянські часи чи на початку 90-х. Окрім того, пацієнти можуть не до кінця розуміти роль лікаря загальної практики, вважаючи, що його головне завдання – спрямування до спеціаліста, а не лікування та превентивні заходи.

амбулаторна допомога³² все ще займає малу частку загальних витрат на охорону здоров'я. У порівнянні: в Чеській Республіці – 34%, в Естонії – 36%, у Польщі, Латвії, Словенії – 28%. У 2000–2010 роках витрати на амбулаторну допомогу в реальному вираженні на душу населення зростали значно швидшими темпами за витрати на стаціонарну допомогу лише в Естонії: середньорічне зростання у 7,1% проти 3,7%. Випереджаюче зростання також було характерне

Малюнок 1: Відсоток респондентів, які вважають первинну допомогу а) хорошою; б) поганою. 2007



Джерело: Health and long-term care in European Union. Special Eurobarometer 283. European Commission 2007.

Отже, незважаючи на досить високий ступінь задоволеності пацієнтів первинною медичною допомогою в країнах ЦСЄ, багато непрямих індикаторів вказують на те, що країнам ЦСЄ не вдалося досягти бажаного зміщення надання медичних послуг на первинний рівень. У Болгарії, Польщі та Угорщині відношення лікарів загальної практики до загального числа лікарів збереглося на низькому рівні порівняно з країнами-старими членами ЄС і країнами Балтії³¹. В Румунії (13%) та Болгарії (16%)

для Угорщини: 2,7% проти 1,8%. Водночас для Польщі, Чеської Республіки та Словенії було характерне протилежне: значно швидші темпи зростання витрат на стаціонарну допомогу: 5,3% проти 8,1%; 4,2% проти 7,0% та 2,7% проти 4,0%. У країнах-старих членах ЄС зростання амбулаторної в порівнянні зі стаціонарною

³¹ За даними Health at a Glance: Europe 2012. OECD та звітами Health System in Transition. Порівняння

обмежується відсутністю і недостатньою співставністю даних.

³² Амбулаторна допомога включає як первинну медичну допомогу, так і амбулаторну допомогу спеціалізованих лікарів.

допомогою в 2000–2010 роках склало 3,0% проти 3,2%³³.

Розвиток первинної ланки мав збільшити її роль у наданні медичної допомоги і зменшити потребу в госпіталізації. Однак у 2000–2010 роках кількість госпіталізованих стрімко зросла в Болгарії, Польщі та Молдові (21%–65%), збільшилася в Чеській Республіці, Румунії, Словенії (2,8%–11%) і зменшилася в Литві, Угорщині, Естонії та Латвії (від -7,6% до -23,4%)³⁴. При цьому варто порівнювати не лише вектор та темпи змін госпіталізації, але й її рівні. Наприклад, зростання госпіталізації в Молдові є наслідком збільшення доступності стаціонарної медичної допомоги у зв'язку зі збільшенням фінансування через запровадження соціального медичного страхування, що дозволило отримати необхідну допомогу тим пацієнтам, які відкладали звернення через брак власних коштів. Водночас ці дані непрямо вказують на те, що в більшості країн регіону, окрім країн Балтії, не відбулося значної переорієнтації допомоги на первинну ланку. Аналогічні попередні висновки можна зробити з огляду на статистику зміни амбулаторних контактів пацієнтів у країнах регіону протягом 2000-2010 років³⁵. У Латвії, Литві, Естонії, Польщі та Угорщині існує стала тенденція до збільшення амбулаторних контактів у той час, як у Чеській Республіці, Румунії, Словаччині та Словенії – навпаки. Окрім того, рівень госпіталізації через респіраторні захворювання, яких можна було уникнути, в 2009 році був високий у Польщі, Латвії та Словаччині (астма) та Словаччині, Польщі й Угорщині (легеневі захворювання)³⁶. Це

свідчить, що первинний рівень не справляється з попередженням цих хвороб, їх ранньою діагностикою і лікуванням.

В Угорщині між 1990 та 2008 роками кількість не пов'язаних із діагностикою направлень пацієнтів від лікарів загальної практики і педіатрів до спеціалістів зросла в 4 рази, а направлень до стаціонарів – на 80%. Це означає, що лікарі загальної практики не беруть на себе відповідальність за лікування пацієнтів і що первинний рівень не виправдовує очікувань. Окрім того, ракові захворювання є дуже болісною проблемою в Угорщині, і дані вказують, що первинний рівень не справляється з раннім виявленням певних видів цього захворювання³⁷.

Майже всі країни ЦСЄ не досягли бажаної переорієнтації медичної допомоги на первинний рівень

У Болгарії зростання госпіталізації між 2003 та 2008 роками (в 4 рази) пов'язують насамперед зі стимулами до надання зайвих послуг у зв'язку із впровадженням системи медичного страхування і нового механізму оплати. Але серед причин дослідники також визначають недовіру пацієнтів до первинного рівня та його низьку ефективність. Недовіра пацієнтів до сімейних лікарів у Болгарії пов'язана з коротким терміном їхнього навчання і сумнівами у їхній кваліфікації. Більшість пацієнтів у Болгарії вважає, що основним завданням лікаря загальної практики є направлення їх до лікарні чи спеціаліста або ж видача рецепта³⁸. Загалом на сьогодні реформу первинного рівня в Болгарії можна вважати невдалою.

Результати реформування первинного рівня в Румунії також доволі скромні. Первинний рівень залишається поза головними пріоритетами

³³ Health expenditure by function, in Health at a Glance: 2012, OECD.

³⁴ Health for All database: <http://data.euro.who.int/hfad/>

³⁵ Ці дані не повністю придатні для аналізу: як правило, рахуються і контакти з лікарем загальної практики, і консультації з лікарями-спеціалістами; різні країни вимірюють кількість контактів за власною методологією – дані не є порівнюваними. Джерело даних: Health for All database: <http://data.euro.who.int/hfad/>

³⁶ Avoidable admissions: Respiratory diseases, in Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.

³⁷ Eris, M. Improving health outcomes and system in Hungary. OECD Economic Department Working Papers #961, 2012.

³⁸ Vekov, T.J.et. al. Induced demand for hospital services in Bulgaria – trends and contributing factors. Management in health XV/4/2011; pp. 8–10.

урядовців-реформаторів. Сімейні лікарі не забезпечують зменшення рівня госпіталізації та звернень до спеціалістів. У них також дуже мало стимулів до надання невідкладної допомоги. Тому кількість викликів швидкої в Румунії значна, хоча спеціалісти вважають, що лише 25% викликів обґрунтовані, в той час як інші виклики можуть обслуговувати сімейні лікарі³⁹.

У Польщі сімейні лікарі більше сфокусовані на лікувальних заходах, а не на профілактиці та консультуванні щодо здорового способу життя⁴⁰, хоча це чи не найважливіший компонент діяльності сімейних лікарів. Спеціалісти та лікарі стаціонарів у Польщі все ще перенавантажені нескладними випадками, які могли б лікувати чи попереджувати на первинному рівні⁴¹. Насамперед така ситуація складається через велику проблему з нестачею сімейних лікарів у Польщі, завантаженість практикуючих сімейних лікарів і недостатньою фінансовою мотивацією до профілактичної роботи і консультацій. У цілому останні огляди системи охорони здоров'я свідчать, що очікувані в 90-х роках переваги від впровадження сімейної медицини в Польщі майже не матеріалізувалися⁴².

Досягнуті результати реформ – недостатні.

Естонія – найкращий реформатор,

Болгарія та Румунія – найгірші

У цілому можна стверджувати, що досягнуті результати за тривалий період реформування в країнах ЦСЄ недостатні. Серед країн регіону як найбільш успішного реформатора можна виділити Естонію: країна повністю перейшла на сімейну медицину і забезпечила значну переорієнтацію медичної допомоги на первинний рівень. Поки незадовільними залишаються результати реформування в Румунії та Болгарії, де первинний рівень працює, але

ефективно не виконує покладених на нього функцій і асоціюється з вищим рівнем незадоволеності пацієнтів. Для висновків щодо країн СНД бракує даних, однак ці країни здебільшого залишаються на початковому етапі реформування первинного рівня: мають недостатньо добре організовану первинну допомогу, пацієнти продовжують іти насамперед до спеціалістів, медична допомога на всіх рівнях залишається подрібненою на вузькі напрями спеціалізації, взаємодія між лікарями не координується⁴³.

Проблеми й завдання подальшого розвитку первинної ланки

Незважаючи на різний ступінь розвитку та різницю в організаційних моделях первинної медичної допомоги, для багатьох країн ЦСЄ характерні типові проблеми. Хоча важливість, складність та причини цих проблем для кожної країни різняться.

Нестача сімейний лікарів – найгостріша проблема більшості країн ЦСЄ

Найгострішою проблемою більшості країн ЦСЄ є нестача лікарів загальної практики / сімейних лікарів і їхній нерівномірний розподіл (брак лікарів у сільських районах). В усіх країнах регіону кількість лікарів загальної практики менша за середню кількість цих лікарів у країнах-старих членах ЄС, що пояснюється передусім порівняно коротким строком запровадження моделі первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини та недостатнім рівнем пріоритетності розвитку останньої. Дефіцит сімейних лікарів спостерігаємо в Польщі, Румунії, Угорщині і меншою мірою в Болгарії та Молдові. Враховуючи віковий склад лікарів первинної ланки, проблема дефіциту в недалекому майбутньому може загостритися в Латвії та Чеській Республіці. Для країн ЦСЄ також

³⁹ Health system in transition: Romania. 2008.

⁴⁰ Marcinowicz, L. The patient's view of the acceptability of the primary care in Poland. 2008, Volume Number 4.

⁴¹ Health system in transition: Poland. 2009. P. 176.

⁴² Health system in transition: Poland. 2009. P. 163.

⁴³ Rechel, B.et.al. Lessons from two decades of health reform in Central Asia. Health Policy and Planning 2012; 27.

характерна нестача професійних медсестер первинного рівня, що пов'язано з історично маловагомою роллю медсестер у наданні медичної допомоги в колишніх країнах постсоціалістичного табору.

Нестачу сімейних лікарів можна співвіднести із загальною тенденцією до скорочення медичних кадрів, однак у деяких країнах таку ситуацію окрім цього пояснюють низькою зацікавленістю молодих спеціалістів в отриманні кваліфікації сімейного лікаря через високу завантаженість, нижчу заробітну плату і статус.

У Болгарії в першій половині 1990-х цікавість студентів-медиків до спеціальності «Сімейний лікар» збільшилася завдяки великим очікуванням позитивних результатів від оголошених реформ. Однак із 1996 року почалося поступове зниження інтересу у зв'язку з порівняно низькою оплатою і значно вищою завантаженістю в порівнянні з дільничними лікарями, що працювали в поліклініках⁴⁴. Традиційно невелика на первинному рівні проблема неформальних платежів залишається вагомою в Болгарії.

У 2007–2008 роках у Польщі було 9000 сімейних лікарів при розрахованій потребі у 20000⁴⁵. Серед польських студентів та лікарів негативне ставлення до спеціальності «Сімейна медицина» сформувалося через велику завантаженість, незадовільний доступ до діагностичного обладнання, монотонність роботи й недостатність часу, який залишався на власну сім'ю. Студенти обирають цю спеціалізацію через брак інших можливостей, труднощі з працевлаштуванням або через можливість за короткий час стати «спеціалістом»⁴⁶.

Незважаючи на порівняно велику завантаженість, яку також відмічають в Естонії, Угорщині, Литві, Словенії та Молдові, оплата

праці зазвичай залишається низькою, демотивуючи лікарів та стимулюючи спеціалістів до міграції. Більшість країн не могли дозволити значно підвищити оплату праці сімейних лікарів, хоча й запропонували стимулюючий механізм оплати праці. Це пов'язано зі збереженням неефективності витрат на охорону здоров'я в цих країнах.

Сімейні лікарі мають бути координаторами пацієнтів і слідкувати за їхнім лікуванням навіть на вторинному рівні. Однак для всіх країн регіону характерний низький рівень співпраці між сімейними лікарями й лікарями-спеціалістами та лікарями, що працюють у стаціонарних закладах. Посилення співпраці для багатьох країн є важливим завданням реформування. Реалізація цієї мети вбачається у впровадженні електронних карток пацієнтів, програм для обміну даними між лікарями, видачі електронних рецептів тощо. Наразі в багатьох країнах регіону високий рівень комп'ютеризації практик-приймалень сімейних лікарів, але використання автоматизованих систем у робочих цілях досі обмежене.

Посилення кооперації між сімейними лікарями й лікарями-спеціалістами – важливе завдання подальших змін

В Європі зростає популярність групових практик сімейних лікарів, оскільки групові практики економніші за одноосібну практику; дають змогу обмінюватися досвідом і вдосконалюватися, спілкуючись із колегами; дозволяють розширити перелік медичних послуг і час роботи практики тощо. В країнах ЦСЄ домінують одноосібні практики (за винятком Литви та Словенії). Рекомендованим подальшим напрямом реформування в країнах регіону вважається стимулювання групових практик, що однак не завжди є можливим і доцільним у сільських районах, а отже, може зменшити територіальну доступність первинної медичної допомоги.

Іншими типовими напрямками подальших змін є вдосконалення системи підвищення кваліфікації

⁴⁴ Health system in transition Bulgaria. 2007. P. 89–90.

⁴⁵ Krol, J.Z. Country Case Study: Primary care in Poland. 2008.

⁴⁶ Рупік І., Карабай Л. Зміни стану здоров'я населення та надання медичної допомоги на первинному рівні. Науковий вісник Ужгородського університету, Серія «Медицина», випуск 40, 2011.

практикуючих сімейних лікарів, послідовна гармонізація університетської освіти зі спеціалізації «Сімейна медицина» з вимогами ЄС, а для деяких країн (Румунія, Болгарія, Молдова) підвищення якості освіти медичних кадрів, вдосконалення системи моніторингу індикаторів якості первинної медичної допомоги тощо.

***Реформа первинної допомоги
«губиться» серед інших напрямів
реформування в країнах ЦСЄ***

З огляду на те, що країни регіону не досягли бажаної переорієнтації медичної допомоги на первинний рівень, зусилля в цьому напрямі триватимуть, зокрема вдосконалюватиметься стимулююча система оплати і заохочення сімейних лікарів, проводитиметься підготовка лікарів і медсестер, збільшуватиметься рівномірність доступу до приймалень сімейних лікарів тощо. Однак у багатьох країнах завдання подальшого реформування первинної ланки «губляться» серед більш вагомих пріоритетів, зокрема реформування медичного страхування та стаціонарних медичних закладів.

Чинники успіху і невдач

Однозначної відповіді щодо чинників успіху та невдач реформування немає, а кількість відповідних досліджень обмежена. Загалом проведення реформ системи охорони здоров'я в країнах з перехідною економікою виявилось складним комплексним завданням, яке вимагало професійних кадрів та фінансових ресурсів. Допомога міжнародних агенцій, що полягала в консультуванні щодо завдань реформування і шляхів їхньої реалізації, забезпеченні первинної ланки необхідним обладнанням і відповідними приміщеннями, в перенавчанні сімейних лікарів тощо, не гарантувала успіху реформ. А у випадку реформування в країнах Центральної Азії дослідники висловлюють побоювання, що через провідну роль міжнародних організацій реформи

тримаються лише на них і не будуть стійкими після завершення міжнародних проектів⁴⁷.

Окрім того, тривалі реформи вимагали послідовності і безперервності втілення, але дотримуватися цього принципу виявилось практично неможливо через зміну урядів та політичних пріоритетів. Ще одна складність проведення реформ полягала в багатовекторності і комплексності реформування системи охорони здоров'я. Це вимагало розподілу управлінських та фінансових ресурсів між напрямками реформ, що також включали впровадження медичного страхування та оптимізацію стаціонарної допомоги. Через це реалізація реформ первинного рівня могла затягуватися і втілюватися недостатньо системно.

***Економічне зростання та кооперація між
органами управління – чинники успіху
реформування***

Загалом ми хочемо зупинитися на таких чинниках, які, на думку оглядачів і дослідників реформування системи охорони здоров'я в країнах ЦСЄ, вплинули на успіх чи невдачі в реформуванні:

- У зв'язку з порівнянням успіхом реалізації реформ (і не тільки первинного рівня) Естонією, дослідники відзначають, що сприятливими чинниками були відносно вищий початковий рівень ВВП на душу населення, значно вища оплата праці працівників системи охорони здоров'я з початку 90-х років і нижча корупція. Окрім того, позитивними чинниками були потужна підтримка реформ, лідерство в реформуванні, кооперація між органами управління, що керували процесом реформ. Масштабні реформи медичної галузі співпали в Естонії з іншими соціальними й економічними реформами, які також орієнтувалися на

⁴⁷ Rechel, B. et al. Lessons from two decades of health reform in Central Asia. Health policy and planning 2012, pp. 281–287.

підвищення ефективності й запровадження ринкових механізмів⁴⁸.

- Часта зміна урядів і брак стабільності в політиці щодо охорони здоров'я заважають реформуванню, як бачимо на прикладі Латвії та Литви. На противагу Естонії, ці країни пізніше розпочали реформи, і їх впровадження відбувалося менш рівно. Цілі реформ у документах і програмах відрізнялися від фактичної реалізації, а ефективність реформ була під питанням⁴⁹.
- У Румунії з початку реформування бракувало прозорості й чіткої методології під час розробки стратегії реформування і прийняття рішень щодо реформ. Тільки центральні органи управління були задіяні у цьому процесі в той час, як інші зацікавлені сторони не залучалися, що ставило під питання легітимність реформ, що було характерно і для Румунії, і для Болгарії. В результаті процес реформування спричинив значні соціальні протести, що вплинуло на незадовільний результат⁵⁰.
- Успіх у реформуванні залежить не тільки від запровадження системи стимулів і винагород для сімейних лікарів, а й від розвитку технічної і аналітичної можливості місцевих органів влади (чи інших органів управління) контролювати та моніторити результати роботи первинного рівня⁵¹. В Болгарії функція контролю за результатами реформування також була недорозвинена⁵².
- У Болгарії однією з причин невдачі реформування була відсутність довгострокового плану реформування й

політичного консенсусу щодо його втілення. Нова нормативна база, що регулювала процес реформ, була недосконалою і недостатньо чітко регулювала питання відповідальності за реформи⁵³.

- У Болгарії для пацієнтів і лікарів були характерні надмірні позитивні очікування від реформ, не було розуміння, що це тривалий і важкий процес. Окрім того, пацієнти й лікарі, насамперед перші, мало знали про цілі реформування⁵⁴.
- Стосовно сімейних лікарів у країнах ЦСЄ не завжди вдавалося забезпечити зростання їхнього статусу в медичній галузі й підтримати інтерес студентів-медиків до цієї спеціалізації. Окрім того, дається взнаки незадовільне кадрове планування, що загостило проблему нестачі сімейних лікарів у більшості країн регіону.
- Недооцінка важкості завдання зміни усталених у системі охорони здоров'я відносин, у тому числі неформальних платежів, які заважали сімейним лікарям прийняти свою нову роль, а пацієнтам змінити своє ставлення та вже звичний для себе маршрут.

Політична нестабільність, нечітка постановка цілей, відсутність консенсусу щодо реформ, провал інформаційної кампанії щодо реформування – чинники невдач

На жаль, багато з цих чинників вказують, що розпочаті в Україні реформи системи охорони здоров'я, зокрема первинного рівня, будуть надважкими.

⁴⁸ Bankauskaite, V., O'Connor J.S. Health policy in the Baltic countries since the beginning of the 1990s. Health Policy 88 (2008), p. 163.

⁴⁹ Там само, с. 164.

⁵⁰ Vladescu, C. et.al. The Romanian Healthcare System: Between Bismark and Semashko. 2005. P. 454. Health system in transition: Bulgaria. 2012.

⁵¹ Там само. с. 458.

⁵² Dimova, A., et.al. Health reform in Bulgaria. P. 7.

⁵³ Там само.

⁵⁴ Vekov, T.J. Patients' and physicians' opinion on healthcare reform in Bulgaria. Management in health XVI/1/2012, pp. 14–17.

Уроки для України

Огляд реформування в країнах ЦСЄ свідчить, що цей процес тривалий, потребує послідовності і дотримання чітко визначених довгострокових цілей реформ. Хід реформування не є рівним – зміни потребують коригувань і роботи над помилками, перегляду попередніх рішень і пропозицій нових змін. Для України реформування первинної ланки в регіоні пропонує такі уроки:

- Стратегічні цілі реформування системи охорони здоров'я коротко визначені в [програмі економічних реформ на 2010-2014 роки](#). Однак бракує виписаних цілей реформування і їх «розшифровки» насамперед для неспеціалістів, у тому числі пацієнтів та медичного персоналу. Окрім того, недостатньо опрацьовані тактичні шляхи досягнення визначених цілей реформ, що ускладнює завдання управлінням, які їх реалізують. Особливо на перших етапах реформування первинної ланки в Україні мали місце вади взаємодії між органами управління, що здійснюють реформи (Комітет з економічних реформ, МОЗ, місцеві органи управління і інші). Як показує досвід країн ЦСЄ, недостатня чіткість реформ і неефективна взаємодія органів управління можуть бути завадою на шляху досягнення успіху в реформуванні.
- В Україні сімейних лікарів готують протягом 2-ох років інтернатури, а терапевтів і педіатрів перенавчають на 4–6-місячних курсах. Запропоновані в Україні короткострокові курси перенавчання на сімейних лікарів (див. звіт [«Реформа охорони здоров'я: важкі перші кроки»](#)) подібно до Болгарії провокують недовіру населення до нової спеціальності. Лікарі також бояться перенавчатися і брати на себе додаткову відповідальність за пацієнтів у якості сімейного лікаря. Потрібно вивчити, яких знань не вистачає сімейним лікарям, вдосконалити програму перенавчання разом із університетською програмою зі спеціальності, запровадити додаткові курси (дистанційні,

короткострокові цикли) та розглянути можливості залучення до перенавчання технічної допомоги від міжнародних організацій. Якщо довіра пацієнтів до сімейних лікарів не підвищиться, вони продовжуватимуть оминати первинний рівень, ігноруючи формальні правила (красномовний приклад Болгарії).

- Недостатня інформаційна кампанія щодо реформування і відмова від пошуку консенсусу щодо реформ із громадянами, лікарями та іншими учасниками процесу може призвести до невдачі в реформуванні, як це було в Румунії і Болгарії.
- Наразі подібно до країн ЦСЄ в Україні незадовільне кадрове планування. Наміри перенавчити всіх лікарів первинного рівня на сімейних лікарів до 2020 року видаються сумнівними.
- На сьогодні нестача сімейних лікарів призводить до надмірної кількості пацієнтів у деяких із них. До більшої кількості пацієнтів стимулює і оплата праці за кожного пацієнта. За прикладом країн ЦСЄ, завантаження лікарів може негативно вплинути на якість їхньої роботи, зашкодити зростанню довіри пацієнтів до сімейних лікарів та завадити притоку нових кадрів у сектор. Тому підвищення статусу сімейного лікаря та продовження розпочатого впровадження стимулюючої оплати праці є важливим для залучення лікарів у сектор.
- Так само, як і для інших країн ЦСЄ, у місцевої влади в Україні наразі бракує інструментів, можливостей і знань для постійного моніторингу результатів роботи первинної ланки.
- Важливими негативними чинниками в реформуванні первинної ланки є політична нестабільність та публічна конфронтація провладних та опозиційних сил навколо питання реформ медичної галузі. Реформа довготривала, а тому важливо, щоб політичні сили, які в майбутньому можуть стати

більшістю, усвідомили необхідність реформування, послідовно продовжували втілювати реформи та виправляли можливі помилки попередніх реформаторів.

- Україна активно розпочала здійснювати реформи в роки повільного економічного відновлення після фінансової кризи 2008–2009 років. У 2013 також очікується повільне зростання на фоні тривалих проблем на світових ринках. Таким чином, економічні умови є несприятливими для проведення реформ, що потребують значних фінансових ресурсів. Можлива технічна та фінансова допомога від міжнародних організацій могла б пом'якшити цю проблему.
- Усталеність відносин між лікарями та пацієнтами в медичній галузі, особливо це стосується неформальних платежів, є значною перешкодою на шляху реформування. Затягування із впровадженням реформ значно ускладнило цю проблему в Україні. Вже сформовану звичку звертатися відразу до спеціаліста, оминаючи первинний рівень, доведеться «ламати» тривалий час, і успіх значною мірою залежатиме від професійності сімейного лікаря та довіри до нього пацієнтів. Неформальні платежі стали нормою і великою мірою толеруються у суспільстві. Вони можуть бути серйозною завадою під час впровадження нових правил гри, які лікарі будуть готові порушувати за хабарі.

Ряд чинників ускладнює проведення реформи в Україні. Усвідомлення цих складнощів і робота над ними важливі для досягнення успіху

На кінець 2012 року в пілотних регіонах (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та м.Київ) створили мережу закладів первинної ланки (центри первинної медико-санітарної допомоги та амбулаторії) в основному на базі поліклінік і інших медзакладів. Шляхом субвенцій із державного бюджету і грошей місцевих бюджетів у великій кількості закладів

був зроблений ремонт. Мережу базовим чином оснастили, включаючи купівлю санітарного автотранспорту для сімейних лікарів. У 2012 році була впроваджена стимулююча оплата праці на основі зваженої на вік пацієнтів подушної оплати та надбавки за якість (щеплення, флюорографічні обстеження, скринінгові дослідження на деякі види раку тощо). Однак ці зміни є лише початком і основою подальших перетворень. Однією із основних проблем реформування є нестача сімейних лікарів на первинному рівні, через що пацієнти, які продовжують відвідувати тих самих терапевтів та педіатрів, сприймають реформу лише як адміністративні технічні перетворення, або «зміну вивіски».

Наступні роки має продовжуватися оснащення, ремонт та налагодження роботи закладів первинного рівня. Триватиме підготовка сімейних лікарів в університетах та на 4–6-місячних курсах перепідготовки педіатрів та терапевтів. Упроваджену стимулюючу оплату праці поки важко застосовувати на практиці. За відсутності бази пацієнтів неможливо достовірно порахувати кількість прикріплених до конкретного сімейного лікаря пацієнтів, їхню вікову структуру, не кажучи вже про відслідковування виконання сімейним лікарем якісних показників роботи – превентивних заходів. Тому в 2013 році продовжуватиметься розпочата робота з упровадження електронного реєстру пацієнтів, що наразі стикається з низкою складнощів: недосконале програмне забезпечення, внесення даних пацієнтів до бази, ненадійний захист персональних та медичних даних пацієнтів тощо.

Так само, як і для інших країн ЦСЄ і СНД, довгостроковим завданням в Україні буде вдосконалення медичної університетської освіти, в тому числі із сімейної медицини. Завданням на майбутнє є повна інформатизація первинної та вторинної ланок, що є умовою поглиблення їхньої співпраці та координованої роботи. Продовження реформ первинної ланки в Україні має проходити одночасно з оптимізацією вторинної ланки, реформою екстреної медичної

допомоги та реформою системи фінансування медичної галузі.

Таким чином, на сьогодні, користуючись досвідом країн ЦСЄ, ми бачимо велику кількість ускладнюючих чинників на шляху успішного проведення реформування первинного рівня (та реформи медичної галузі загалом) в Україні. Це вказує на тривалість і важкість здійснення реформ, особливо враховуючи що Україна більша за розміром за згадані країни ЦСЄ та СНД. Усвідомлення цих складнощів реформування і робота над ними є важливими, аби досягти бажаних результатів, адже реформа є необхідною для виведення медичної галузі України із сьогоднішнього важкого стану та попередження подальшого погіршення ситуації.

CASE УКРАЇНА
вул. Дегтярівська 25А, корп. Г
офіс 310
Київ, 04119

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