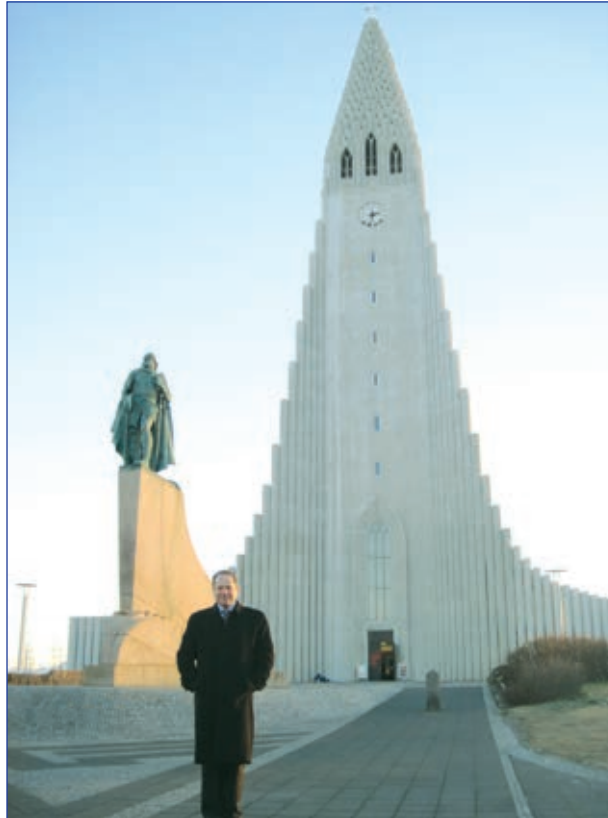


ВІД РЕДАКТОРА



У щорічному Посланні Президента України до Верховної Ради України «Модернізація України — наш стратегічний вибір» (Київ, 2011) указується на настання часу змін, адже слід утвердити своє право на гідне місце серед розвинених держав світу, національну конкурентоспроможність, забезпечити стійкий соціально-економічний розвиток і високі стандарти життя громадян. А сучасний стан громадського здоров'я в Україні характеризується як кризовий, про що свідчать негативні тенденції в тріаді статистичних показників, а саме: показниках відтворення населення (медико-демографічні дані); показниках розвитку дітей, запасу фізичних сил у дорослого населення (показники фізичного розвитку) та адаптації населення до умов навколишнього середовища (захворюваність, інвалідність).

На сьогодні українська система охорони здоров'я не здатна задовольнити потреби населення в медичній допомозі, забезпечити доступність, якість і своєчасність надання медичної допомоги та послуг з охорони здоров'я, забезпечити належний рівень профілактики захворюваності, смертності тощо. Для України є характерними: удвічі більша порівняно з країнами ЄС чисельність стаціонарів; нерациональне

використання наявних ресурсів, низька якість медичних послуг, а також переважна орієнтація системи охорони здоров'я на захворюваність і хвору людину, а не на профілактику захворюваності та здорову людину.

Уже визначені й основні кроки на шляху реформування системи охорони здоров'я в Україні: розроблення нормативної бази реформування, зокрема чітке нормативне закріплення розмежування первинного, вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги; запровадження реформування системи охорони здоров'я в трьох пілотних регіонах; удосконалення механізмів фінансування системи охорони здоров'я; створення центрів первинної медико-санітарної допомоги та центрів сімейної медицини; підвищення якості медичного обслуговування, зокрема системне запровадження стандартів та індикаторів якості медичної допомоги та ін.

Реформа стартувала (за час її впровадження змінилося вже кілька профільних міністрів), а в медичній галузі виникли десятки організаційних проблем. У 2012 році реформа переходить до фази конкретних змін, принаймні для чотирьох пілотних регіонів — Вінниччини, Донеччини і Дніпропетровщини, а та-

кож столиці України. На початку січня їх мешканці отримали право обирати собі сімейного лікаря, а центри первинної медичної допомоги, які мають витіснити нинішні поліклініки, пройшли державну реєстрацію і запрацювали, принаймні юридично.

В експериментальних областях почали створювати госпітальні округи, через що деяким людям треба долати десятки кілометрів, щоб дістатися до найближчої лікарні. У зв'язку з цими змінами від пацієнтів надходить багато скарг стосовно своєчасності надання медичної допомоги, а загалом суть реформи людям поки не дуже зрозуміла.

Наприклад, на Вінниччині хворі на цукровий діабет, які лікувалися впродовж тривалого часу в одного й того ж ендокринолога, скаржаться, адже нещодавно такого фахівця прибрали з найближчої лікарні, запропонувавши на заміну спеціаліста загальної практики. Пацієнти зазначають, що їм хотілося б лікуватися в людини, якій можна довіряти, а зараз довіри немає, адже новий лікар сімейної медицини — терапевт. І такі відгуки зараз є поширеними серед пацієнтів і в трьох інших регіонах, які обрали для тестування медичної реформи, — Дніпропетровській і Донецькій областях та місті Києві.

Добре відомо, що сімейна медицина — це модель, що ефективно працює в усьому світі. Але проблема нашої країни в тому, що поки таких лікарів із належною підготовкою явно замало. Наразі Україна потребує понад 30 тисяч сімейних лікарів, а загальною практикою займається на сьогодні понад вісім тисяч сертифікованих спеціалістів. Насправді ж сімейних лікарів у західному розумінні в Україні можна нарахувати до сотні. Адже фахівець не народжується після проходження одних курсів спеціалізації.

Яка ж думка Міністерства охорони здоров'я України? Чиновники вважають, що особливих загроз для пацієнтів немає. Нинішні дільничні лікарі, які тепер називатимуться сімейними, все одно є дипломованими лікарями, а за 3–4 роки можуть повністю освоїти всі необхідні тонкощі нової спеціальності. До того ж проблема не лише в браку розуміння з боку пацієнтів, але подекуди й у небажанні місцевої влади запроваджувати усі потрібні зміни. Кінцева мета — це створення лікаря загальної практики — сімейної медицини, який би допомагав людям менше хворіти. У той же час таких фахівців не вистачає. Тому згідно з законом до 2020 року право займатися загальною практикою матимуть терапевти, ЛОРи, педіатри та медики інших профілів, здобуваючи необхідну додаткову освіту. З часом їх фах розширюватиметься, завдяки чому пацієнтам обіцяють менше біганини від лікаря до лікаря. При цьому кількість лікувальних закладів не зменшиться. А проблеми з виїздом бригаад меди-

ків на місця вирішать за рахунок створення єдиної системи екстреної допомоги.

Спілкування з лікарями з областей, які на практиці першими відчули всі зміни й наслідки впровадження реформи, дозволяє констатувати, що зміни, попри їх хорошу ідею, прагнуть здійснити надто швидко. Зокрема, для вирішення проблеми кадрового дефіциту ухвалили дещо не виважене рішення, оскільки за півроку перевчити вузьких спеціалістів неможливо. Хоча є й інші думки, що по-справжньому реформа ще навіть не розпочалася. Так, проводиться експеримент у чотирьох областях для того, щоб за його підсумками визначити шляхи реформи. Насправді Верховна Рада ухвалила винятково формальні зміни, а от самої реформи не передбачено навіть законодавчо.

Загалом згідно з реформою в Україні невдовзі запровадять п'ять рівнів медичної допомоги: екстрену — у разі загрози життю через травми, серцево-судинні хвороби тощо; первинну — це допомога лікаря загальної практики за місцем проживання; вторинну — стаціонарне лікування вузькопрофільними спеціалістами; третинну — лікування у вузькоспеціалізованих установах складних недуг; паліативну — це допомога та полегшення страждань пацієнта на останніх стадіях невиліковних хвороб.

Також серед основних очікуваних нововведень — це надання права будь-якому лікарю виписувати лікарняні листи, а не лише в поліклініці, збільшення зарплати медикам залежно від якості та об'єму наданих ними послуг. Саме чотири пілотні регіони першими відчують на собі ці зміни.

А в реальному житті хронічні хворі (і не лише з ендокринною патологією) у пілотних регіонах шукатимуть спеціалістів у стаціонарах, де працюватимуть консультативні центри. У поліклініках залишаться лише сімейні лікарі, до вузьких спеціалістів можна буде потрапити лише за направленням.

А ось думка головного лікаря Вінницької міської лікарні О. Турського: посади всіх вузьких спеціалістів не ліквідовують, частина залишається в центрах первинної медико-санітарної допомоги. Це, наприклад, окулісти, ЛОРи, хірурги, травматологи. Інших вузьких спеціалістів — молодих невропатологів, кардіологів, ендокринологів будуть перевчати на сімейних лікарів. Вони ж матимуть змогу приймати хворих і за своєю вузькою спеціальністю. Усі молоді спеціалісти працездатного віку будуть працевлаштовані. Якщо лікар досяг пенсійного віку, знайти місце роботи йому буде складніше. У 55–57 років перевчатися вже немає сенсу. Дехто з цих фахівців потрапить до лікарень як консультант. Більша частина лікарів вузьких спеціальностей працюватиме на базі стаціонарних лікарень, де створюються консультативно-діагностичні відділення, — це ендокринологи, дерматоло-

ги, неврологи, кардіологи тощо. У центрах первинної медико-санітарної допомоги працюватимуть лікарі загальної практики. Пацієнт має право вибору лікаря загальної практики — сімейної медицини, який при необхідності направлятиме хворого до вузького спеціаліста. У сімейного лікаря будуть спостерігатися і діти, і дорослі. Якщо лікар не зможе впоратись, він направить хворого, наприклад, до того ж кардіолога. Усі лікарі вузьких спеціальностей також можуть перевчитися на сімейних лікарів за своїм бажанням, як і терапевти.

У той же час самі лікарі від такого нововведення теж не в захваті. Щоправда відкрито заявляти про своє незадоволення остерігаються. Мовляв, якщо йти на конфронтацію з адміністрацією, їм не дадуть працювати ні в лікарні, ні в приватному кабінеті. Та все ж турбота про хворих змушує їх хоч і пошепки, та говорити. Адже кожен вузький спеціаліст обслуговує за рік приблизно сім тисяч пацієнтів на своїй дільниці. Тепер лікарі бідкаються, що для прийому замість зручного кабінету в них будуть коридори лікарень, де працюватимуть консультаційні центри. Сюди придуть чи не з усього міста. Незручно буде й пацієнтам. Адже раніше вони консультувалися за місцем проживання, а де тепер буде приймати вузький спеціаліст — невідомо. Може, в іншому кінці міста.

Тісним «пілотним» колом зібралися нещодавно на селекторну нараду губернатори, начальники управлінь охорони здоров'я областей, де проходить медична реформа, і перший заступник глави Адміністрації Президента Ірина Акімова з представниками профільного комітету у Верховній Раді та Міністерства охорони здоров'я України. На нараді відзначено, що результати реформи в пілотних областях досить сумбурні. У процесі реформування позначилися проблеми, які було важко передбачити. Кадри, стимули, оснащення — три основних моменти, без яких неможливо провести реформу в медицині. Складається загальне враження, що реформу підтримують керівники лікувальних закладів. Сімейні лікарі не в захваті, бо не бачать, яким може бути для них результат. Нові формули нарахування зарплат лікарів чомусь лякають. Вони очікували, що зарплата буде 5–6 тисяч, але насправді грошей на це немає. На первинному рівні людей побільшало, а кошти залишилися тими ж. Є серйозна проблема у плануванні видатків на цей рік. На 35 % відсотків збільшилося фінансування первинної ланки за рахунок вторинної. Але на місцях уже лунають скарги, що до кінця року для зарплат фахівців вторинного рівня не вистачить грошей. Вузьких спеціалістів дуже складно перевчити. Вищі навчальні заклади готують сімейних лікарів, вони приходять у село, але не можуть там затриматися через відсутність стимулів.

Пацієнти скаржаться, що треба спочатку направлення від сімейного лікаря, а вже потім — до вузького спеціаліста. Ускладнюється процедура отримання медичної послуги. Дуже непокояться люди, хто лікуватиме дітей, і просять залишити педіатрів.

84 % інформації про реформу негативні. Так, на Вінниччині лише 16 % селян відчули те полегшення, на яке очікувала влада від медичної реформи.

Звісно, новації ніколи не обходяться без критики, невдоволених і навіть певних жертв. Щоправда в цьому випадку йдеться не тільки про можливі матеріальні та організаційні незручності, а й про те, життя скільки людей перемелють жорна медичної реформи. І в переносному сенсі, і в прямому.

Замислюєшся, що ж потрібно для кращого життя...

Ефективна система охорони здоров'я і соціального захисту, екологічно чиста країна і результативна економіка, які б забезпечили достойну роботу нашим дітям і європейську освіту — онукам. Найголовніше, щоб була держава, яка любить людей.

Вітання читачам із найпівнічнішої світової столиці найзахіднішої європейської країни Ісландії — Рейк'явіка, романтичного та надихаючого на пригоди міста. Свою назву місто отримало завдяки стовпам пари, що піднімалися з гарячих джерел і справили глибоке враження на першого поселенця Інгольва Арнарсона, який побудував свою ферму на місці сучасної столиці Ісландії ще в далекому 874 році.

Символом Рейк'явіка є собор Хатльгрімскірк'я. Біля входу в собор знаходиться пам'ятник першовідкривачеві Америки Лейфуру Еріксону — подарунок США Ісландії на честь 1000-річчя парламенту. Сам собор, споруджений 1974 року, відзначається своєю 75-метровою дзвіницею, вид на місто з якої просто вражає.

Ісландія зачаровує своєю фантастичною, без перебільшення, неземною природою й гостинними, чуйними людьми. Ніде на земній кулі могутні сили природи не проявили себе настільки виражено. Увагу привертають вулкани, льодовики, гейзери, природні гарячі джерела (їх енергія широко застосовується в країні — 85 % населення живе в будинках, що обігріваються їх водами). А ще в Ісландії є засніжені вершини, величезні лавові поля, водоспади і північне сяйво.

Незважаючи на сувору назву, насправді Ісландія відрізняється досить м'яким кліматом не лише завдяки теплому Гольфстріму, але і своєму внутрішньому вулканічному теплу. Середньорічна температура на південно-західному узбережжі в Рейк'явіку становить 4 °С.

*З побажаннями читачам бути сміливими у своїх мріях і працюючими у їх досягненні,
головний редактор Володимир ПАНЬКІВ* □