



**Лідія ДІДЕНКО,**  
експерт Вінницької  
громадської спілки з  
реорганізації системи  
охорони здоров'я України:

**“Хочу, щоб зміни  
узгоджувались  
зі своїми реаліями,  
були зрозумілими  
і конкретними”**

Вже кілька років поспіль у переважній більшості міст і районів нашої держави і медики, і пацієнти знають, що таке Центр первинної медико-санітарної допомоги. Зникли дискусії і сумніви про те, чи потрібні охороні здоров'я зміни, чи можемо ми наблизити нашу медицину до стандарту розвинених Європейських країн. Зменшився і скепсис до лікарів первинної ланки з боку колег з інших рівнів надання медичної допомоги.

Сьогодні, в час перетворень потрібно відверто називати чинники, які є на заваді результатам. Скільки не змінює статус і структуру закладу, без змін фінансової складової, результат буде мінімальний. З власного досвіду, скажу, будівництво лікарської амбулаторії складає від 1 до 1,8 млн.грн., ФАПу – 600-900 тис.грн., ремонт амбулаторії – 500-800 тис.грн., ФАПу 30-80 тис.грн., оснащення лікарської амбулаторії згідно з табелем (Наказ МОЗ України №1150) за мінімальними цінами – 350 тис.грн., витрати на утримання (на рік) від 400 до 600 тис.грн., ФАПу – орієнтовно 50 тис.грн.

За прикладом Європейських країн, ми маємо заміщувати долікарську допомогу більш ефективною – лікарською, тобто мати достатню кількість лікарських амбулаторій і медиків відповідно.

Моделлю такого забезпечення в маленьких населених пунктах має стати медичний персонал (лікар і медсестра), які мають вільний доступ до транспортних засобів. Такий підхід, дійсно дешевший, ніж утримання мережі ФАПів з власним персоналом і видатками на утримання будівель.

Чому я намагаюсь загострити увагу на роботі саме первинної ланки – відповідь очевидна, це проект наказу МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».

Мені здається, що він написаний не у нас, і не для теперішньої ситуації. На мою думку, це наказ для економічно благополучної країни, якою сьогодні, на жаль, Україна не є. Та понад усе, мене вразило те, що лікар згідно цього наказу потрапляє в дуже незручну ситуацію, адже не маючи сьогодні достатньої кількості лікарів і всього необхідного для надання допомоги, він повинен володіти напевно екстрасенсорними здібностями, щоб завчасно передбачати хвороби і повідомляти про свою відсутність пацієнтів.

Відсутність конкретики в наказі, наводить на думку, що він має дійсно працювати цілодобово. Які розрахунки, і з яких джерел будуть здійснюватись лабораторні дослідження і консультації вузьких фахівців? Чомусь, в проекті наказу немає нічого про ФАПі і їх персонал, які на сьогодні дійсно потрібні нашим пацієнтам.

Я дотримуюсь думки, що не потрібно скасовувати нормативи забезпеченості населення закладами ПМСД, тому що це не сприятиме плановому розвитку мережі первинки з участю територіальних громад, а відповідно первинна медична допомога не буде доступною тим, хто її потребує.

До початку новачій залишається 3,5 місяця. Чи встигнуть сімейні лікарі укласти угоди, чи запрацює електронний реєстр пацієнтів? У нас в області, за останні 15 років лише 1% від потреби з «молодик» спеціалістів прийшли на роботу в сільську місцевість, тоді як особи пенсійного та передпенсійного віку становили 47,7%.

На одну посаду лікаря чисельність прикріпленого населення становить 1375 чоловік, та якщо в містах цей показник біля 1000 осіб, то у віддалених районах – більше 2,5 тис., а в окремих сільських лікарських амбулаторіях на 1 посаду лікаря припадає 3,5-4,5 тис. населення. Це є однією з тих проблем, які заважають організувати медичну допомогу в повному обсязі. Тому так важливо сьогодні підтримувати і допомагати лікарям первинки, не залякувати їх новими, до кінця незрозумілими наказами. Не варто спішити відправляти лікарів на приватну практику, хай процес цей буде поступовий і паралельний з існуючою системою. Не можна ділити центри ПМСД, допоки всі громади не об'єднаються згідно затвердженого плану, бо це породжуватиме хаос. Вибір сімейного лікаря і заповнення декларацій здійснювати паралельно з територіальним принципом, бо є ризики залишити без допомоги обслуговування психічно хворих, чи хворих з мультирезистентним туберкульозом.

Чому змінилась норма навантаження на лікарів і медичних сестер? Через брак кадрів? То можливо, краще почати вирішувати кадрову проблему, ніж давати навантаження, яке не покращить ні своєчасності, ні якості медичної допомоги.

Вкрай важливо, в проекті наказу впорядкувати надання невідкладної допомоги (сьогодні її надають в робочі дні в робочий час сімейні лікарі, а в позаробочий і вихідні – відділення екстреної допомоги).

Постає питання – створювати додаткову цілодобову службу надання невідкладної допомоги? Ким? За які кошти? Чи потрібно?

До того ж, з наказу невідомо хто буде фінансувати адмінперсонал. Що з санітарним автотранспортом? Може варто перейти від безкоштовного лікування згідно постанови КМУ №1303 пільгових категорій до адресного відшкодування коштів? Погодьтеся, лікар має призначати лікування і виписувати рецепт, а не пояснювати чому у влади немає коштів на задекларовані пільги.

6 років реформ у Вінницькій області дає мені право стверджувати – для сільської місцевості центри ПМСД і сімейні лікарі на даному етапі – оптимальне рішення. Враховуючи бездоріжжя, сільське безробіття і безгрошів'я, велику кількість осіб пенсійного та літнього віку в селах, схильність населення до самолікування, пізні звернення за медичною допомогою – на перехідний період варто залишити існуючу систему первинної допомоги.

Чому? Сьогодні сімейний лікар орієнтується у всіх вікових категоріях свого населення, виписує дітей з пологового відділення, здійснює нагляд відповідно існуючих наказів, співпрацює з соціальними службами, школами, дитячими садочками, бере на облік вагітних, здійснює контрольне лікування хворих на туберкульоз у підтримуючій фазі і т.і. Співпрацює з екстреною медичною допомогою, завдячуючи чому значно знизився відсоток виїзду екстренки до непрофільних хворих.

Люди тільки почали розуміти інститут сімейного лікаря. Не потрібно лякати людину, яка погодилась присвятити своє життя роботі на первинці, а особливо на селі кардинальними змінами. Нарешті, давайте разом з сімейними лікарями зрозуміємо, що таке 210 грн. на 1 хворого (тобто менше 18 грн. на місяць), і як їх ефективно розкласти, щоб ще мати і гідну зарплату. Сьогоднішня тотальна несправедливість у встановленні заробітних плат жене наших лікарів шукати кращої долі. Це виглядає страшно, коли зарплати 450 депутатів рівняються зарплатами більше ніж 6 тисяч лікарів!!! А які будуть наслідки, якщо лікар не прийде на чергування чи амбулаторний прийом в свій робочий час? Я дуже хочу, щоб робота медичних працівників усіх рівнів була шанованою і достатньо оціненою.

Переконана – лікар потрібен громаді! Дуже важливо щоб і органи самоврядування на місцях діяли і в інтересах лікаря, і в інтересах пацієнта. Щоб не повернулись часи коли лікарські амбулаторії і ФАПі, що перебували у власності сільських рад зазнавали занепаду і руйнації. Хочу, щоб зміни які відбуватимуться в охороні здоров'я базувались на попередньому досвіді, враховували те, що є краще в інших країн, але узгоджувались зі своїми реаліями, були зрозумілими і конкретними. Щоб за вивіскою «реформи» не маскувалась професійна бездарність.



**Ольга БОГОМОЛЕЦЬ,**  
українська лікарка, політик,  
громадський діяч,  
Заслужений лікар України,  
доктор медичних наук.  
Авторка понад 70 наукових  
праць і 14 патентів на  
винаходи у сфері лікування  
шкірних захворювань:

**“Читаючи про успіхи реформи охорони  
здоров'я – дивуюсь відсутності логічного  
економічного та стратегічного мислення”**

Із засобів масової інформації разом з читачами дізнаюсь про те, що з бюджету в місяць на практику сімейного лікаря буде виділятися 35 000 грн. Що лікар за ці гроші буде лікувати 2 000 пацієнтів, кожен з яких має обрати свого сімейного лікаря і підписати з ним договір. Зарплата такого лікаря буде становити 11 000 грн – 30% від виділеної суми. Все це обіцяє профільне Міністерство... А далі так хотілося б, щоб журналісти-просвітники поставили представникам Міністерства охорони здоров'я України такі прості запитання:

– А хто буде допомагати лікарю вести прийом? А медсестра потрібна? Без неї як він зможе сам вкластися в 20 хвилин прийому: і тиск поміряти, і температуру, і анамнез зібрати, ще й ін'єкції зробити пацієнтам денного стаціонару? Медсестра коли має приходити на роботу? Як мінімум за годину (краще за дві) до приходу лікаря, і йти з роботи на годину пізніше. А це означає, що одному лікарю, щоб нормально працювати, потрібні дві медсестри – одна на першій зміні, одна на другій. А яку зарплату буде отримувати одна медсестра? А дві?

– А хто буде прибирати під час і після прийому пацієнтів, мити вбиральню (точніше дві – одну для тих же пацієнтів, іншу для персоналу)? Прибиральниця! А скільки вона буде отримувати зарплатні? А хто буде табелювати і виплачувати персоналу гроші за роботу?

– А хто буде вести бухгалтерію і облік приходу пацієнтів, щоб в кінці місяця отримати від держави кошти? Комп'ютерна програма, сама – автоматично? А можна її побачити? Скільки часу буде витратити персонал на введення до реєстру інформації про одного пацієнта?

– А як можна буде записатися до лікаря на прийом? Кому і з котрої до котрої години дзвонити, а у вихідні? Хто трубочку буде брати? Сам лікар прямо під час прийому пацієнтів? Чи медсестра – яка однією рукою ін'єкцію робитиме, а другою слухавку триматиме? А хто буде платити за телефон? Скільки?

– А за інші комунальні послуги? Скільки? А скільки буде коштувати оренда приміщення, щоб там відповідно до вимог, були необхідні зручності: гардеробна для персоналу, вбиральня для пацієнтів, окремо вбиральня для персоналу, кімната для очікування, приймальня лікаря, процедурна, кімната персоналу. А якщо лікар буде змушений економити кошти і всю цю роботу виконуватиме сам? Яка буде якість цієї роботи? Чи буде лікар тоді мати час і натхнення читати нові книжки про лікування гіпертонії? Чи буде лікар виходити на прийом в суботу? Чи буде їздити до вас на інший кінець міста? А хто компенсуватиме витрати на дорогу?

– А хто і де буде купувати мило туалетний папір, дезінфекційні засоби, ліки першої необхідності? А за які гроші? Як у вас з математикою? Скільки грошей залишилось, щоб лікар-підприємець міг сплатити державі податок приватного підприємця? А чи захоче він бути ФОПом і згідно нових правил від Кабміну щоквартально сплачувати по 2 100 грн., в незалежності чи отримав прибуток чи ні?

Запитайте у Міністерства... Бо це є їх пряме завдання – рахувати кожну копійку, і не робити поспіхом кроків, які можуть зруйнувати залишки того, що ще працює...

На останньому засіданні парламентського Комітету з питань охорони здоров'я було винесено на розгляд питання щодо реформи первинної ланки охорони здоров'я, натомість профільний заступник міністра не прийшов, зіславшись на участь в конференції, а інші представники МОЗ, які мали озвучити принципи змін у роботі сімейного лікаря, не змогли дати відповідь на такі прості питання як де і як людині знайти свого нового супер-героя – сімейного-лікаря? Якщо майбутній пацієнт все ж таки знайшов свого “нового” лікаря прямо у своїй районній поліклініці і підписав з ним контракт, а лікар раптом ногу зламав чи інфаркт у нього стався (лікарі також люди) – що тоді робити всім 2 000 його пацієнтам? Чи готові люди за відсутність територіальної прив'язки і такий вільний вибір лікаря заплатити – неможливістю викликати лікаря додому?

Реформа первинної ланки не готова, і спроба втілювати її одночасно у всій території України приведе, на мій погляд, до повного колапсу системи – не тільки