

СТАН І ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАМИ ПАЦІЄНТІВ УКРАЇНИ НА ЗАСАДАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

Ергард М.М.

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Ергард Н.М.

*Кафедра судової медицини та медичного права Національного медичного
університету імені О.О. Богомольця*

Кожен другий українець не звертається по медичну допомогу через брак коштів на лікування. І це в країні, де безкоштовна медицина є Конституційною нормою згідно ст. 49 Конституції України. Усі попередні спроби реформувати українську медичну галузь нагадували радше косметичний ремонт у будинку з аварійним станом. Якщо повернутися назад до історії, то у травні цього року з'явилася Концепція з реформування охорони здоров'я, написана Міністерством охорони здоров'я України (надалі – МОЗ України). Це рамковий документ, який визначає цілі, яких ми хочемо досягти. Для того, щоб перекласти ці наміри в конкретні дії, було створено групу із 12 експертів, метою роботи якої стала Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 роки. Було вирішено, що експерти до групи обиратимуться на конкурсній основі. На відкритому конкурсі зі 100 експертів з усього світу було обрано 12 (7 українських і 5 міжнародних). І що маємо на сьогодні? За результатами опитувань, 87% українців не задоволені або дуже не задоволені якістю медичних послуг. 40% всіх витрат на медицину в нашій країні сплачує пацієнт зі своєї кишені. Такого немає ніде в Європі. Ми живемо у якійсь анекдотичній ситуації, адже медицина у нас за Конституцією є безкоштовною. У стратегії запропоновано, аби держава розробила два пакети медичної допомоги, які вона може надати своїм громадянам. Слід прорахувати універсальний не страховий пакет (гарантований для всіх), де є базові послуги, які кожна людина може отримати, незалежно від того, скільки вона заробляє. Наприклад, виклик швидкої медичної допомоги, забезпечення щеплення та лікування від рідкісних чи соціально-небезпечних захворювань. Пропонується також розробити державний або соціальний пакет, завдяки якому вразливіші групи населення матимуть більший перелік медичних послуг. Ці пакети є безкоштовними для громадян. Всі інші послуги будуть платними. Для тих, хто працює, це буде робити або роботодавець, або вони самі безпосередньо із заробітної плати. Мабуть, цього не варто боятися. Адже сьогодні ми, українці, платимо за медичну допомогу двічі: через податки, а потім — у кишені лікарів. Поки що моделі страхування перебувають на стадії обговорення. Оскільки, для запровадження медичного страхування, слід зробити чимало попередніх розрахунків (визначити кількість людей, що отримуватимуть те чи інше безкоштовне страхування та групи, які до них

будуть належати, види допомоги, які будуть забезпечуватися цими пакетами тощо), це нововведення чекає на нас, за словами членів експертної групи, за найоптимістичнішими прогнозами, в 2016 році, але скоріше за все, це буде 2017 рік. Нині більшість грошей, які ми витрачаємо на медицину, ідуть на утримання однієї з найбільших мереж лікарень у Європі (Україна посідає за цим критерієм друге місце після Білорусі), але при цьому ми на останньому місці по кількості грошей, які витрачає держава з бюджету на кожного пацієнта в рік — 149 дол. Наприклад, у Німеччині в чотири рази менше лікарень, ніж у нашій країні, а витрати на кожного пацієнта у 20 разів вищі. У нас цікава ситуація: держава сама послуги купує, сама надає і контролює. Відповідно — ми отримуємо неякісні послуги та корупцію. Проте, держава повинна гарантувати, що базовий перелік лікарських засобів, який необхідний для збереження або підтримки здоров'я українців, повинен бути в рамках тієї цінової політики, яка доступна громадянам. Знизити ціни на лікування можливо лише наступним чином: по-перше — це визнання ліків, які вже пройшли реєстрацію в ЄС, США, Канаді, Японії та інших країнах із суворою регуляторною системою. Простіше кажучи, якщо лікарські засоби не вбивають американця чи німця, то навряд чи вони вб'ють українця, проходити ще раз реєстрацію їм немає сенсу. Ситуація, що склалася сьогодні, грає на руку корупціонерам: дає можливість пропустити виробника через всі кола пекла і зняти з нього гроші, на виході ж ми отримуємо дорогі ліки. По-друге, надзвичайно важливо на перехідний період створити Державну структуру фармацевтичної служби, яка б взяла на себе відпрацювання переліку ліків формуючи номенклатуру і потребу із низу (лікарні районного рівня) до верху (інститутів, в яких надається високоспеціалізована допомога), а сформований перелік затверджувався щорічно головними фахівцями МОЗ України. Подача ліків в лікарні повинна здійснюватись через комунальні (державні) аптеки, оплата за ліки за рахунок Держави буде здійснюватись після їх використання хворим. Документальним оформленням оплати буде займатися фармацевтична служба на підставі отриманої інформації із комунальних аптек. Ліки із аптеки будуть відпускатися за вимогами відділень лікарні або рецептів лікаря. Оплата ліків, які будуть відсутні у затверженому списку Головними фахівцями МОЗ України, буде здійснюватись за рахунок хворого. Такий підхід до забезпечення населення України ліками, забезпечить раціональне використання коштів, збільшить кількість населення, які зможуть отримати доступні ліки, вся система забезпечення ліками населення України буде прозора і зникне корупційна складова. Доцільно також вводити автономність лікарень як в управлінні, так і у фінансах, щоб вони мали змогу приймати рішення, куди направляти гроші, змогли залучати кошти із різних джерел та мали свої банківські рахунки. Адже зараз всі медичні заклади в Україні є дуже залежними від держави. Також зрозуміло, що основною рушійною силою цих змін — є лікарі, які поки що не орієнтуються в цій ситуації. Якщо реформа не буде відповідати їхнім професійним інтересам, нічого не зміниться. Так, фінансуватиметься не посада

і посадові обов'язки медичного персоналу, а їхні медичні послуги. Лікарі мають ставати суб'єктами підприємницької діяльності. Але чи готові лікарі до цього? Якщо цього не буде зроблено, ми не отримаємо цілей, поставлених перед медичною реформою.