

Лекція 5. Моніторинг складових системи охорони здоров'я та їх науковий супровід

Система охорони здоров'я будь-якої країни має відповідати певним універсальним критеріям: ієрархічна будова; налагоджені управлінські комунікації між суб'єктами та об'єктами управління. При цьому система охорони здоров'я країни повинна враховувати особливості стану здоров'я населення, його захворюваність.

Систему охорони здоров'я повністю контролює держава. Управління та координація цієї системи забезпечується Міністерством охорони здоров'я України через:

1. Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим.
2. Управління охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях.
3. Управління охорони здоров'я Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Структура охорони здоров'я України має три основних рівні: національний, регіональний та субрегіональний (місцевий).

Національний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я України (суб'єкт управління) та закладами охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані безпосередньо МОЗ (об'єкт управління).

Регіональний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях (суб'єкт управління) та державні заклади охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, та заклади охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад. Наприклад, обласні лікарні, діагностичні центри, тощо (об'єкти управління).

Субрегіональний (місцевий) рівень системи охорони здоров'я представляють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (об'єкт управління).

В Україні збереглася система первинної медико-санітарної допомоги, що існувала за часів СРСР та ґрунтувалася на моделі Семашко. Безпосередньо охорону здоров'я забезпечують санітарно-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я. Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України. Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України покладаються на відділ охорони здоров'я Ради Міністрів Республіки Крим та органи місцевої державної адміністрації.

В Україні існує триланкова система управління охороною здоров'я.

Основою національної системи охорони здоров'я є **первинна лікувально-профілактична допомога**, яка надається переважно за територіальною ознакою лікарями загальної практики.

Стан здоров'я громадян безпосередньо зумовлює рівень продуктивності праці в суспільстві, значною мірою впливає на перспективи її соціально-економічного розвитку. Як зазначають провідні фахівці Всесвітньої організації охорони здоров'я, тільки суспільство, що складається із фізично і духовно

здорових індивідів із значною тривалістю активного життя, спроможне досягти сталого прогресу в усіх сферах своєї життєдіяльності [1].

Проблеми розвитку системи охорони здоров'я розглядали у своїх працях В. Ку-ценко [1], Д. Полозенко [4], І. Чупрунов [5] та ін.

Метою статті є розкриття особливостей розвитку системи охорони здоров'я на сучасному етапі.

У період трансформації економіки в Україні спостерігалися вкрай негативні тенденції погіршення стану здоров'я громадян, зростання смертності і перевищення її над народжуваністю, що зумовило значне скорочення чисельності населення держави; вкрай незадовільним був рівень фінансування видатків на охорону здоров'я. Тому над-звичайно актуальним є збільшення фінансування охорони здоров'я та вдосконалення його форм і методів.

Піклування про здоров'я людей - одна із найважливіших соціальних функцій держави. Підставою обґрунтування ролі держави у фінансуванні, забезпеченні, регулюванні сфери охорони здоров'я загалом є ринкові невдачі, що призводять до відсутності парето-ефективності на приватних ринках і нерівності у доходах. В основі цих специфічних ринкових невдач та державних заходів лежать більш загальні невдачі ринків охорони здоров'я.

На відміну від ринків, описаних у теорії конкурентних ринків, охорона здоров'я характеризується недосконалою інформацією та недосконалою конкуренцією. Як відомо, ця теорія робить кілька важливих припущень. Існує багато продавців, кожен з яких прагне максимізувати вигоду для себе; товар, який продається і купується, є одно-рідним; покупці добре поінформовані; вони знають ціни та якість пропонованого всіма продавцями товару; споживачі є покупцями; вони платять повну вартість того, що споживають. Як зазначає Дж. Стігліц, жодна з умов, необхідних для функціонування конкурентного ринку, не задовольняється на ринку медичних послуг. К. Ерроу також звернув увагу на те, що ринок медичних послуг є особливим ринком, оскільки на ньому рівень споживання диктує не стільки споживач, скільки продавець послуг [3].

Важливим поясненням зростаючої ролі держави щодо фінансування охорони здоров'я є турбота про наслідки, пов'язані з неоднаковими рівнями доходу. Існує поширена точка зору, згідно з якою жодна особа, незалежно від рівня її доходу, не має виключатися із системи відповідної медичної допомоги. Право на життя - доступ до

Медичних послуг - не може бути підконтрольним ринку. Точка зору, згідно з якою рівень споживання товарів і послуг, таких як охорона здоров'я, не мусить залежати від рівня доходу осіб, відома під назвою специфічного егалітаризму [2].

Однак не всі економісти одностайні в тому, що медичні послуги слід розглядати окремо від інших товарів. Багато з них мають протилежну думку: окремо їх розглядати не слід, оскільки ті, у кого є більше грошей і хто хоче витратити їх на придбання медичних послуг, мусять мати таку можливість. При цьому вказується на те, що зв'язок між медичним обслуговуванням та життям (смерть) є слабким, тому що існує багато чинників, які впливають на цей зв'язок.

Також існує третя точка зору, до якої тяжіє більшість західних учених, котра полягає в тому, що кожен мусить мати право на певний мінімальний рівень охорони здоров'я [1].

Інвестиції у сферу охорони здоров'я населення мають велику економічну ефективність. Зокрема, сьогодні серед причин смертності перше місце посідають серцево-судинні недуги. Водночас кожна гривня, вкладена в профілактику і лікування цих захворювань, зберігає 2-3 гривні потенціальних збитків. За К. Уінслоу, до досягнення людиною 20-річного віку витрати на її здоров'я становлять приблизно \$20 тис, до 40-річного віку вона компенсує їх, а до 60 років прибуток від її праці дорівнює близько \$20 тис. Такою є середня величина дивідендів від трудової діяльності здорового індивіда [4].

В Україні право на медичну допомогу закріплено в Конституції України. Воно гарантоване безплатною медичною допомогою, що надається громадянам, розширенням мережі закладів для лікування та зміцнення здоров'я, розвитком і вдосконаленням техніки безпеки, виробничої санітарії, проведенням профілактичних заходів та заходів з оздоровлення навколишнього середовища.

У 1992 році було прийнято Основи законодавства України про охорону здоров'я, де зазначено, що кожна людина має природне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава, які відповідальні перед сучасними і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, удосконалення медичної допомоги і пропаганди здорового способу життя.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності та довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що погіршують їхнє здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

Здоров'я, як і хвороба, значною мірою соціально зумовлені. На стан здоров'я впливають побутові умови життєдіяльності, рівень доходів громадян, генетика, умови праці, екологія, рівень розвитку, доступність та якість медичної допомоги, рівень інтелектуального розвитку людини.

Характерним для функціонування системи охорони здоров'я в трансформаційний період було погіршення стану здоров'я населення під впливом вищезазначених факторів. Розвиток демографічної ситуації в Україні протягом 90-х років відзначався швидким падінням народжуваності, помітним зростанням смертності та захворюваності, скороченням тривалості життя. З 1991 року спостерігається від'ємний показник його природного приросту. Так, у січні - вересні 2005 року кількість народжених в Україні на 1000 жителів становила 9,0 особи, померлих - 16,6; природне скорочення - 7,6 особи; серед сільського населення показники відчутно гірші: відповідно 9,3; 20,5 та 11,2 особи [1].

Населення України на сьогодні становить вже 46 988 тис. осіб. Тривожним симптомом, який яскраво характеризує якість життя та стан системи охорони здоров'я в Україні, є збереження високих (особливо порівняно з розвиненими країнами) показників дитячої захворюваності та смертності. За останні роки дитяча захворюваність, яка нерідко призводить до інвалідності, збільшилася на 20%.

За 90-ті роки в Україні помітно підвищилися показники і темпи зростання захворюваності на окремі види недуг (зокрема, інфекційні). Так, кількість хворих з вперше встановленим діагнозом активного туберкульозу зросла порівняно з 1990 роком у 2,5 разу. Особливо швидкими темпами захворюваність на туберкульоз поширюється серед соціально дезадаптованих контингентів населення - у 60 разів. Поширюються також інші соціально небезпечні хвороби, зокрема СНІД [1].

У системі охорони здоров'я протягом усього трансформаційного періоду відчутний дефіцит коштів, переважна частина яких спрямовується на виплату заробітної плати. Тому різко знизилися темпи оновлення матеріально-технічної бази, зросла частка зношених і вже не придатних до експлуатації основних фондів. Обсяги введення в дію лікарняних і амбулаторно-поліклінічних

потужностей становили лише 18-19% від рівня 1990 року. Ще більше скоротилося введення в експлуатацію амбулаторно-поліклінічних закладів у сільській місцевості, воно становило тільки 7,8% від показника 1990 року. Це негативно позначається на забезпеченні населення інфраструктурними елементами системи охорони здоров'я, особливо в сільській місцевості. Станом на 1 січня 2005 року рівень забезпеченості сільських населених пунктів дільничними лікарнями становив 3%, сільськими лікарняними амбулаторіями - 9% і фельдшерсько-акушерськими пунктами - 55% [5].

Продовжує скорочуватися або перепрофільовуватися ліжковий фонд на користь дешевшої амбулаторно-поліклінічної допомоги. Порівняно з 1990 роком забезпеченість ліжковим фондом знизилася на 55,2% (у 1990 році кількість ліжок становила 700 тис, а в 2004 році - 451 тис., що менше 100 ліжок на 10 тис. жителів). У Японії, де стан здоров'я населення є незрівнянно кращим, забезпеченість лікарняними місцями становить близько 125 ліжок в розрахунку на 10 тис. чол. Вітчизняні дослідники зазначають, що в переважній більшості регіонів України норматив забезпеченості населення амбулаторно-поліклінічними закладами досі не досягнутий, тому надмірно швидка ліквідація частини ліжкового фонду, визнаною зайвою у зв'язку з нераціональним використанням, веде до зниження доступності та погіршення якості медичної допомоги.

Якщо в 1990 році кількість лікарів усіх спеціальностей становила 227 тис. (на 10 тис. населення - 47,4%), то в 2004 році зменшилася до 223 тис. (на 10 тис. населення - 44%). Якщо забезпеченість спеціалістами з вищою медичною освітою залишається протягом останніх трьох років порівняно стабільною, а в ряді регіонів - надмірною, то чисельність СМП продовжує неухильно скорочуватися.

Фінансування охорони здоров'я нині здійснюється за рахунок державного бюджету України, місцевих бюджетів, фондів медичного страхування, благодійних фондів та інших джерел, не заборонених законодавством. За рахунок бюджетних коштів фінансуються загальнодоступні для населення заклади охорони здоров'я. Кошти, не використані закладом охорони здоров'я, не вилучаються, і відповідне зменшення фінансування на наступний період не провадиться.

Відомчі та інші заклади охорони здоров'я, що обслуговують окремі категорії населення за професійною, відомчою або іншою, не пов'язаною зі станом здоров'я людини ознакою, фінансуються, як правило, за рахунок підприємств, установ і організацій, яких вони обслуговують. Допускається фінансова підтримка таких закладів за рахунок державного або місцевого бюджету, якщо працівники відповідного відомства, підприємства, установи або організації становлять значну частину населення цієї місцевості.

Усі заклади охорони здоров'я мають право використовувати для підвищення якісного рівня своєї роботи кошти, добровільно передані підприємствами, установами, організаціями і окремими громадянами, а також з дозволу власника або уповноваженого ним органу встановлювати плату за послуги в галузі охорони здоров'я.

Частка видатків на охорону здоров'я зведеного бюджету до ВВП залишалася відносно стабільною у 1998-2005 роках і становила 3,7% у 2005 році. Частка видатків державного бюджету на охорону здоров'я збільшувалася і становила у 2005 році 0,8% від ВВП та 10,9% у зведеному бюджеті. Однак такий рівень фінансування є недостатнім і становить близько половини від потреби, тоді як, скажімо, у Канаді державне фінансування забезпечує потреби галузі - на

83%, в Іспанії - на 90 і у Великобританії - на 93% [2]. На законодавчому рівні закріплено, що частка видатків на охорону здоров'я за рахунок бюджетних коштів повинна бути не меншою, ніж 8% ВВП. За обсягами видатків на охорону здоров'я в розрахунку на 10 тис. жителів Україна посідає 111-те місце серед країн ООН і 8-ме серед країн СНД [2].

У зарубіжних країнах найбільший рівень питомої ваги фактичних видатків бюджету на охорону здоров'я до ВВП упродовж 1982-2000 років спостерігався у Німеччині та Італії по 8,6%, Франції - 9,7, Швеції та Канаді - 7,5, Чехії - 7,8, Угорщині - 6,9%; найменший рівень зазначеного показника в Аргентині - 1,46%, у Польщі - 4,50%. Середній показник питомої ваги фактичних видатків бюджету на охорону здоров'я до ВВП за період з 1982 по 2000 рік становив 5,57%.

Найбільше значення питомої ваги фактичних видатків на охорону здоров'я у загальній сумі видатків бюджету за 1982-2000 роки спостерігався у Німеччині - 16,59%, Чехії - 15,71, Канаді - 15,40, Франції - 15,24%; найменший рівень зазначеного показника в Аргентині - 6,16%, Угорщині - 7,84, Польщі - 9,95%. Середній показник питомої ваги фактичних видатків на охорону здоров'я у загальній сумі видатків бюджету за період з 1982 по 2000 рік становив 12,73%.

Показник питомої ваги видатків бюджету на охорону здоров'я у ВВП мав тенденцію до збільшення за період з 1982 по 2000 рік у семи країнах: Австралії, Аргентині, Великобританії, Німеччині, США, Угорщині, Франції; тенденція до зменшення зазначеного показника спостерігалася у Канаді, Польщі, Чехії. Показник питомої ваги видатків на охорону здоров'я у загальній сумі видатків бюджету має тенденцію до збільшення у дев'яти країнах: Австралії [1], Аргентині, Великобританії, Канаді, Німеччині, Польщі, США, Угорщині, Франції; тенденція до зменшення зазначеного показника має місце у Чехії [6].

Як вказує Дж. Стігліц, значне зростання видатків на охорону здоров'я відбулося і у тих країнах, де роль держави була фіксованою і де вона мінялася - там, де держава відігравала незначну роль, і там, де нею було монополізовано більшість сфер [2].

В Україні, порівняно з більшістю розвинених країн, рівень бюджетного фінансування охорони здоров'я значно нижчий. Бюджетне фінансування в Україні здійснюється в обмежених розмірах, наполовину меншому від потреб, що значно ускладнює функціонування системи охорони здоров'я. За багатьма напрямками лікувальної та профілактичної діяльності медична допомога є платною. Відбувається нерегульоване та неконтрольоване зростання цін на медичні послуги. Поширюється неофіційний ринок надання медичної допомоги. За оцінками експертів і населення, охорона здоров'я в Україні є найбільш корумпованою сферою діяльності. У результаті загострюються проблеми медичного обслуговування населення. Вони перетворюються на джерело гострого соціального напруження і потребують великої уваги з боку держави.

Тому нагальними є глибокі перетворення у цій сфері, які полягають у поліпшенні стану здоров'я населення, переорієнтації охорони здоров'я на запобігання захворюванням, насамперед, інфекційним, активізація пропаганди здорового способу життя, перехід

До надання медичної допомоги за принципом сімейного лікаря, зниження ризиків, пов'язаних із забрудненням та шкідливим впливом довкілля. На часі вироблення та запровадження багатоканальності фінансування медичної сфери, забезпечення керованого розвитку ринку платних медичних послуг, забезпечення системи економічних і правових механізмів гарантування медичної

допомоги в належному обсязі та необхідного рівня її якості незалежно від місця проживання громадян. У зв'язку із цим доцільно звернутися до досвіду розвинених зарубіжних країн щодо моделей фінансування охорони здоров'я.

Виділяють три основні моделі фінансування охорони здоров'я: бюджетну, платну, страхову, причому жодна з моделей не існує в чистому вигляді. Найчастіше викорис-товується комбінація всіх трьох моделей, але з перевагою однієї з них.

За державної (бюджетної) моделі фінансування здійснюється повністю або переважною частиною за рахунок бюджетних коштів. Державна система фінансування прийнята у Великобританії, Канаді, Швеції, Норвегії, Фінляндії, Іспанії, де держава фінансує понад 80% усіх видатків на охорону здоров'я. Така система з точки зору її доступності різним верствам населення з різним рівнем доходу створює передумови для найповнішого забезпечення нею медичних послуг. Однак в Україні, як зазначалося, видатки бюджету на охорону здоров'я становлять менше половини від обсягу фінансування, обчисленого за мінімальними (до того ж заниженими) нормативами. Тому бюджетна медицина є привілеєм багатих країн, прикладом може бути Данія, де рівень ВВП на душу населення у 2003 році становив \$39 343, Швеція - \$33 865, Великобританія - \$29 989, Бельгія - \$29 301.

Основним недоліком платної медицини є її недоступність для малозабезпечених громадян. Платну медицину доцільно розглядати як елемент, що характеризує всебічність ринку лікувальних послуг, створює елементи конкуренції, що необхідні для функціонування ринкового середовища. Найбільшою мірою платна система фінансування охорони здоров'я поширена в США, де більше третини вартості медичних послуг оплачується безпосередньо пацієнтом, а кошти приватного страхування становлять близько третини всіх видатків на охорону здоров'я. Однак великою проблемою за такої системи є те, що найбільш незаможні люди взагалі не можуть одержати ніякого медичного обслуговування. Навіть у США, згідно з останнім переписом населення, 15% громадян не були охоплені страхуванням здоров'я і не одержували ніякої допомоги від держави. Нестача матеріального забезпечення в деяких випадках означає відсутність медичної допомоги і тільки лише надію на безплатну допомогу за рахунок благодійних фондів.

Система змішаного страхування здоров'я фінансується з трьох джерел: за рахунок внесків підприємницьких структур, працівників і держави, причому 10-20% вартості медичних послуг сплачується з особистих коштів громадян. Така система фінансування охорони здоров'я з різних джерел на страхових засадах дозволяє збільшити загальний обсяг фінансування в 1,5-2 рази порівняно з бюджетною системою фінансування. Вона знайшла широке поширення в таких європейських країнах, як Франція, Німеччина, Голландія, Бельгія.

У сучасних умовах суспільство виявляє більший інтерес до змішаної системи. Вона забезпечує, з одного боку, достатньо високий рівень медичного обслуговування, забезпечує рівність доступності до медичних послуг високої якості для всіх громадян, а суспільна солідарність дозволяє захистити пацієнта в конкретних умовах від непомірних втрат на лікування і від втрати заробітку незалежно від його соціального стану. З іншого боку, ця система створює певну зацікавленість серед населення в посиленні турботи про здоров'я, а також забезпечує відповідальність медичних працівників за якість роботи.

Перехід від однієї системи до іншої - дуже складний і тривалий процес, вітчизняні науковці і практики здебільшого одностайні щодо доцільності впровадження медичного страхування, а щодо форми страхової медицини і

термінів її впровадження думки розбігаються. Одні вважають, що в Україні терміново слід провести реформу соціального страхування з уведенням системи державного обов'язкового медичного страхування, причому за системи страхової медицини більшість медичних закладів за-роблятимуть кошти на своє утримання і працюватимуть на повному самофінансуванні, за винятком окремого переліку закладів, які й надалі фінансуватимуться з бюджету.

На думку В. Куценка, Л. Богуш та інших, дійовим засобом розв'язання існуючих проблем у сфері охорони здоров'я могло б стати поступове запровадження страхової медицини і активне залучення позабюджетних коштів (за рахунок надання законодавчо визначеного переліку платних послуг, здавання в оренду основних фондів, непрофіль-ної діяльності, благодійних коштів тощо), тобто перехід до бюджетно-страхової форми фінансування.

Висновки. Погоджуючись з необхідністю поступового впровадження медичного страхування в Україні, вважаємо, що бюджетно- страхова медицина не дасть можливості вирішити проблему повного фінансового забезпечення надання медичних послуг. Доцільною є змішана система медичного страхування, за якої страхові внески сплачу-ють держава, роботодавці та громадяни. Водночас необхідно забезпечити доступність медичної допомоги для непрацюючих громадян і соціально незахищених верств населення через законодавче визначення гарантованого рівня безоплатного медичного обслуговування. Внески на обов'язкове медичне страхування цих категорій населення здійснюються за рахунок коштів відповідних бюджетів. Частка державних коштів має бути не нижчою 50% від загального обсягу внесків.

Система охорони здоров'я, побудована на засадах змішаного медичного страху-вання, повинна відповідати принципам соціальної справедливості, забезпечуючи рів-ність і доступність медичних послуг достатньо високої якості для всіх громадян. Більшість країн шукають шляхи забезпечення базових мінімальних рівнів послуг і умов їх надання, однакових для всіх громадян. Держава регулює майже загальну рівну доступність базового переліку медичних послуг. Суспільна солідарність, як зазнача-лося, дозволяє захистити пацієнта від непомірних для його рівня доходів витрат на лікування і від втрати заробітку незалежно від його соціального становища. Важливим є принцип забезпечення ефективності використання ресурсів і як його складова - обмеження витрат на медичні послуги, контроль за їх цінами. Медичні послуги повинні бути максимально наближеними до кінцевого споживача (принцип субсидіарності). Згода щодо нових принципів організації медичної допомоги повинна передбачати вза-ємну відповідальність суспільства, держави, медиків.

У зв'язку з відсутністю досвіду проведення медичного страхування на рівні держави, обмеженістю страхових організацій, що мають такий досвід, низьким рівнем доходів громадян впровадження медичного страхування потребує досить тривалого часу. Тому доцільно підтримувати галузеві, регіональні ініціативи щодо впровадження різних моделей медичного страхування, що дозволить відпрацювати його механізм і використати накопичений досвід.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання коштів, підвищення результативності роботи галузі охорони здоров'я.

У більшості країн світу первинна медико-санітарна допомога при ефективній її організації забезпечує до 90 % загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики - сімейної медицини становить 30-50 % кількості всіх лікарів, що працюють у галузі охорони здоров'я.

Принцип доступності лікувально-профілактичної допомоги реалізується згідно ст. 49 Конституції України, відповідно до якої "кожний має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності".

Управління закладами первинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють:

◆ у містах - управління (відділ) охорони здоров'я виконавчого комітету міської

Ради;

◆ у селах (селищах) - головний лікар району.

В Україні первинна медико-санітарна допомога представлена роздробленими структурами, що функціонально, організаційно та фінансово поєднані із спеціалізованою амбулаторною допомогою. Впродовж тривалого часу увага в основному приділялася розвитку дорогих видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Фінансове забезпечення первинної допомоги становить менше ніж 10 % коштів, виділених на охорону здоров'я, що не дозволяє досягти оптимального розподілу обсягів роботи між рівнями медичної допомоги. В Україні на первинному рівні починають і закінчують лікування лише до 30 % пацієнтів у містах і до 50 % пацієнтів у сільській місцевості.

Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та наступності в наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні.

В існуючих умовах управління первинною медико-санітарною допомогою використання економічних важелів, практично неможливе.

Названі та інші проблеми первинної медико-санітарної допомоги спричинені:

◆ нераціональною інфраструктурою охорони здоров'я;

◆ низькою доступністю первинної допомоги для населення, особливо в сільській місцевості;

◆ недостатньою якістю первинної медико-санітарної допомоги внаслідок технологічної відсталості лікувально-профілактичних закладів, відсутністю мотивації працівників, стандартів лікування, що не відповідають сучасним умовам принципам фінансування закладів охорони здоров'я;

◆ неналежним кадровим забезпеченням;

◆ відсутністю дієвої системи управління первинною медико-санітарною допомогою;

◆ недостатністю наукового обґрунтування та нормативно-правової бази для функціонування і розвитку первинної медико-санітарної допомоги.

Згідно зі ст. 35 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", держава гарантує подання доступної соціальної прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для подання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги.

До основних принципів надання первинної лікувально-профілактичної допомоги відносяться:

- ◆ кваліфікованість;
- ◆ оперативність;
- ◆ доступність.

Для реалізації принципу кваліфікованості Міністерство охорони здоров'я України видало наказ за № 73 "Про проведення позачергової атестації лікарів, переведених на посади лікарів загальної практики - сімейних лікарів" від 11.04.2000 р. Згідно цим наказом, в Україні має впроваджуватися первинна лікувально-профілактична допомога на принципах сімейної медицини. Лікарі, які надають первинну лікувально-профілактичну допомогу, мають пройти перепідготовку та атестацію на присвоєння первинної спеціалізації за спеціальністю "Загальна практика - сімейна медицина". Лікарям планується присвоювати кваліфікаційні категорії за цією спеціальністю.

Необхідність пріоритетного напрямку розвитку первинної лікувально-профілактичної допомоги, що ґрунтується на моделі загальної практики/сімейної медицини, визначається основними документами:

- о Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (2000);
- о Постанова Кабінету Міністрів України " Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я" (2001).

В Україні первинна допомога представлена роздробленими структурами, що функціонально, організаційно та фінансово поєднані зі спеціалізованою амбулаторною допомогою. Упродовж тривалого часу увага в основному приділялася розвитку дорогих видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Фінансове забезпечення первинної допомоги становить менше ніж 10 % коштів, виділених на охорону здоров'я, що не дозволяє досягти оптимального розподілу обсягів роботи між рівнями медичної допомоги. В Україні на первинному рівні починають і закінчують лікування лише до 30 % пацієнтів у містах і до 50 % пацієнтів у сільській місцевості.

Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та наступності в наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок, спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні.

Метою Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 р. є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування та налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної допомоги на засадах сімейної медицини.

Формування національної моделі первинної допомоги та її поетапного впровадження на всій території України має вирішити проблеми недостатньо ефективної роботи галузі охорони здоров'я, зумовленої низькою, нерівною доступністю первинної допомоги для населення та її неналежною якістю. Процес впровадження Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 р. ґрунтуватиметься на створенні нормативно-правових засад, які дають чітке визначення структурних, фінансово-економічних, функціональних та інших аспектів перспективної моделі первинної допомоги, а також визначають кроки поетапної перебудови амбулаторно-поліклінічної ланки.

Створення перспективної моделі первинної медико-санітарної допомоги передбачає структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування

первинної та спеціалізованої допомоги з поступовим збільшенням обсягів фінансування первинної допомоги.

Процес розмежування первинної та спеціалізованої допомоги матиме певні відмінності в сільських районах та у великих містах, що пов'язані з нинішньою структурною побудовою амбулаторно-поліклінічної допомоги.

У сільських районах, де первинна допомога дорослим і дітям надається поліклініками районних лікарень, процес розмежування здійснюватиметься в два етапи.

На першому етапі відбудеться формування структурних підрозділів лікарень з субрахунком - центрів первинної медико-санітарної допомоги.

На другому етапі - надання зазначеним центрам статусу юридичних осіб.

У великих містах, де первинна допомога дітям та дорослим переважно надається різними закладами:

о на першому етапі відбудеться створення центрів первинної медико-санітарної допомоги окремо для дорослого та дитячого населення в складі дорослих/дитячих поліклінік або поліклінічних відділів об'єднаних лікарень для дорослих/дітей з відкриттям для них субрахунків.

о на другому етапі - реорганізація зазначених центрів шляхом виділення їх зі складу поліклінік/лікарень та об'єднання з утворенням центрів первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, які надаватимуть первинну ме-дико-санітарну допомогу як дорослому так і дитячому населенню.

Одночасно в містах буде формуватися мережа амбулаторій сімейного лікаря територіально наближених до місць проживання населення, яке вони обслуговуватимуть. Спершу такі амбулаторії будуть підрозділами поліклінік, надалі - підрозділами юридично незалежних центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Планування розвитку мережі та створення нових амбулаторій сімейного лікаря здійснюватиметься на основі застосування нормативів первинної медико-санітарної допомоги, затверджених Кабінетом Міністрів України, а їх створення відбуватиметься впродовж усього терміну Програми і триватиме після її завершення в міру розвитку населених пунктів.

Виокремлення первинної допомоги в сільській місцевості і в містах передуватиме процесу зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я з бюджетних установ на комунальні підприємства. Останнє тісно пов'язане з загальними змінами в системі охорони здоров'я, що полягатимуть у системному впровадженні державних закупівель послуг з охорони здоров'я і потребуватимуть утворення органів управління охорони здоров'я на районному рівні, а також у невеликих містах, де таких органів немає. Вони виступатимуть як замовники медичних послуг з охорони здоров'я та здійснюватимуть функцію контролю за дотриманням надавачами послуг договірних умов щодо кількості та якості медичних послуг, наданих населенню.

Основним суб'єктом надання населенню первинної медико-санітарної допомоги у результаті реалізації Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 року має стати автономний або юридично незалежний медичний заклад - центр первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини. Кількість обслуговуваного населення має становити близько 30 тисяч осіб. До складу такого закладу на правах підрозділів мають входити амбулаторії загальної практики сімейної медицини. В них будуть практикувати один (переважно на сільській місцевості) або декілька (переважно в містах) лікарів загальної практики - сімейної медицини.

Така форма організації первинної допомоги дозволить забезпечити фінансову сталість медичних закладів первинного рівня та рівність у наданні

ПМСД. Сімейні лікарі можуть отримати ліцензії на здійснення медичної практики. З такими лікарями будуть укладатися договори на надання населенню первинної медико-санітарної допомоги.

Таким чином, в результаті реалізації Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 р. первинна медико-санітарна допомога населенню України буде надаватися юридично самостійними суб'єктами господарювання комунальної або іншої форми власності - центрами ПМСД та амбулаторіями сімейного лікаря. Центри будуть укладати договори з замовником, яким виступатиме територіальний орган управління охорони здоров'я, а в разі введення загальнообов'язкового соціального медичного страхування - підрозділи страхового фонду. У системі взаємовідносин між надавачами первинної медико-санітарної допомоги і населенням буде реалізовано механізм вільного вибору сімейного лікаря та/або його зміни.

Наступним компонентом перспективної моделі ПМСД є подушний принцип фінансування із застосуванням коригуючих коефіцієнтів та часткового фондоотримання. Запровадження зазначених механізмів базуватиметься на відповідних рішеннях Кабінету Міністрів України, прийнятих за поданням МОЗ та опрацьованих спільно МОЗ, Мінфіном, Мінекономіки та Мін'юстом. Вдосконалення системи застосування коригуючих коефіцієнтів та часткового фондоотримання відбуватиметься постійно з накопиченням практичного досвіду та його наукового аналізу. Цей захід разом з впровадженням механізму вільного вибору лікаря стане фактором утворення конкурентного середовища у первинній ланці медичної допомоги і одним з потужних регуляторів її якості.

Повномасштабне впровадження керованості спеціалізованої медичної допомоги, тобто організації доступу пацієнтів до спеціалізованої допомоги через направлення сімейного лікаря (дільничного лікаря), за винятком випадків, що потребують подання невідкладної спеціалізованої медичної допомоги, розпочнеться в міру формування конкурентного середовища надавачів первинної допомоги та створення умов для реалізації права пацієнтів на вибір сімейного лікаря.

Структурне оформлення первинної допомоги та впровадження прогресивних механізмів фінансування сформує первинну медико-санітарну допомогу як підсистему галузі охорони здоров'я та створить стимули до збільшення обсягів і поліпшення якості її роботи. Система управління якістю ґрунтуватиметься на впровадженні стандартів надання первинної допомоги та методів моніторингу.

Здатність первинної медико-санітарної допомоги взяти на себе додаткові обсяги медичної допомоги з дотриманням стандартів визначатиметься, крім обсягів і механізмів фінансування, також належним матеріально-технічним оснащенням закладів та кваліфікацією кадрів.

Оснащення лікувально-профілактичних закладів та підготовка кадрів сімейних лікарів відбуватиметься впродовж всього терміну виконання Програми. На фінансування цих заходів передбачаються кошти у державному бюджеті. Пріоритет надаватиметься принципу "одночасного охоплення кожної окремої території", який передбачає надання підтримки щодо повного задоволення потреб мережі первинної допомоги з державного та регіонального рівнів.

Система кадрового забезпечення виконання Програми матиме кількісну і якісну складову. Необхідна кількість лікарів загальної практики та молодших спеціалістів з вищою освітою для первинної допомоги забезпечуватиметься за рахунок формування державного замовлення на науково обґрунтовані обсяги підготовки зазначених спеціалістів.

Керованість розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини забезпечуватиметься багаторівневою системою управління. На державному рівні впровадження Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2010 р. буде здійснювати Координаційна рада. В ній будуть представлені усі основні інституції - міністерства та відомства, місцеве самоврядування (Асоціація міст та громад України), медичні неурядові організації (Асоціація сімейної медицини).

Впровадження Державної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини до 2010 р. суттєво змінить систему надання медичної допомоги.

Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога подається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики. Спеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих лікарняних відділеннях міських, центральних районних і частково в обласних лікарнях.

Управління закладами вторинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють:

- о центральною районною лікарнею - головний лікар району;
- о міськими лікарнями - відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради;
- о обласними лікарнями - управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога подається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко трапляються. Високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих республіканських лікарнях, республіканських диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клініках при науково-дослідних інститутах, підпорядкованих Академії медичних наук України та МЗ України, клінічних закладах охорони здоров'я (міські, обласні лікарні), на базі яких працюють відповідні кафедри медичних академій, інститутів та університетів, Інститутів удосконалення лікарів.

Управління закладами третинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють:

- о міські лікарні - відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради;
- о обласні лікарні - управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації;
- о центральні спеціалізовані лікарні, клініки, медичні університети, академії та інститути удосконалення лікарів - Міністерство охорони здоров'я України.

Крім названих, до національної системи охорони здоров'я належать відомчі ме-дико-санітарні служби, які представлені закладами охорони здоров'я та відповідними органами, що здійснюють управління.

Таким чином, на Україні збереглася система охорони здоров'я, яка була ще за СРСР, існування якої за ринкових умов проблематичне, оскільки вона потребує великих асигнувань. Структура медичних послуг за цією системою грубо деформована - на первинному рівні починається і закінчується лікування менше третини усіх випадків і домінує спеціалізована та стаціонарна медична

допомога. У доповіді Міністра МОЗ України "Можливий шлях реорганізації системи охорони здоров'я в Україні" зазначалося, що залучення до первинного контакту вузьких спеціалістів цілеспрямоване або зумовлене незадовільною організацією роботи первинної ланки, призводить до деперсоніфікації відповідальності медичного персоналу за результати медичного обслуговування, марнотратного використання потенціалу амбулаторно-поліклінічних закладів. Крім цього, недоліки діючої в Україні системи первинної лікувально-профілактичної допомоги проявляються в тому, що:

о вона забезпечуються багатоланковою структурою (дорослі та дитячі поліклініки, медико-санітарні частини, жіночі консультації, сільські лікарські амбулаторії);

о нема чіткого розподілу на служби первинної та вторинної лікувально-профілактичної допомоги, поняття первинної лікувально-профілактичної допомоги відноситься до поліклініки в цілому, а не до первинної ланки;

о терапевтична та педіатрична кваліфікації дільничних лікарів не дозволяють професійно вирішувати всіх проблем первинного медичного обслуговування населення;

о пацієнти мають можливість звертатися до лікарів-спеціалістів самостійно, без направлення дільничного лікаря;

о дільничні лікарі, праця яких оплачується за твердими ставками і не залежить від обсягу їх роботи, не зацікавлені в пацієнтах та їх доброму здоров'ї і самі заохочують подібну практику.

Основну стратегію реорганізації системи охорони здоров'я Міністерство охорони здоров'я бачить у раціональному використанні ресурсів, для чого необхідно впровадити:

о зміни підходів і механізмів розподілу ресурсів в охороні здоров'я - від "утримання" медичних закладів до їхнього фінансування залежно від обсягу та структури виконуваної роботи;

о реформування первинної медичної допомоги;

о структурного реформування стаціонарної допомоги;

о стандартизації медичної діяльності на всіх рівнях;

о змін функцій та механізмів управління охороною здоров'я;

о формування базових територіальних програм, які мають бути законом для медичних установ;

о залучення додаткових ресурсів з інших джерел (обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування);

о використання доведено ефективних медичних втручань (доказова медицина).

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Сьогодні існують незаперечні докази, що здоров'я населення є одним із найважливіших (навіть більш важливим, ніж освіта) факторів розвитку економіки будь-якої країни та добробуту населення (Світовий банк, 1993; Комісія ВООЗ з макроекономіки та здоров'я, 2008). За останні півстоліття здатність системи охорони здоров'я впливати на здоров'я населення збільшилася в декілька разів. За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільше потребує, характеризуватися високою якістю й безпечністю медичних послуг та забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні¹. Сьогодні, за даними ВООЗ, система охорони здоров'я за умови її ефективної організації може забезпечити зменшення загальної смертності у віці до 75 років на 23 % у чоловіків і на 32 % — у жінок; смертності від ішемічної хвороби серця — на 40–50 %².

Стан здоров'я населення України на сучасному етапі розвитку оцінюється як незадовільний: високий рівень загальної смертності (16,3 на 1000 населення), що практично неухильно зростає (за даними Європейської бази даних «Здоров'я для всіх», більш високі, ніж в Україні, стандартизовані коефіцієнти смертності реєструються тільки в Росії, Казахстані й Молдавії); низькі рівні очікуваної тривалості життя (68,1 року, нижче лише в Росії, Казахстані, Туркменістані) і життя без інвалідності (59,2); найвищий у Європейському регіоні природний спад населення (–5,7 на 1000 населення у 2008 р.); відсутність ознак подолання епідемій туберкульозу і ВІЛ/СНІДу (захворюваність на туберкульоз перевищує показники в ЄС у 5,3 раза, а смертність від цієї причини — майже у 20 разів; захворюваність на СНІД — у 7,1, на ВІЛ — у 5 разів) (табл. 1).

Таблиця 1. Деякі показники здоров'я населення в Україні та країнах Європейського Союзу (2008 р. або останній можливий рік)

Показники	Україна	ЄС
Смертність, на 1000 населення	16,3	9,69 ^a
Очікувана тривалість життя, років, у тому числі:	68,1	79,13 ^a
— очікувана тривалість життя чоловіків, років	62,44	76,01 ^a
— очікувана тривалість життя жінок, років	73,84	82,16 ^a
— очікувана тривалість здорового життя, років	59,2	67,0
Природний приріст населення (на 1 тис. населення)	–5,7	+0,9 ^a
Захворюваність на туберкульоз, на 100 000 населення	82,44	15,48 ^a
Смертність від туберкульозу, на 100 000 населення	21,29	1,07 ^a
Захворюваність на СНІД, на 100 000 населення	9,73	1,37 ^e
Захворюваність на ВІЛ, на 100 000 населення	28,44	5,74 ^e

Примітка: джерело — Центр медичної статистики МОЗ України, 2009 р., Європейська база даних «Здоров'я для всіх»: ^a — 2007 р., ^e — 2006 р.

Водночас можливості впливу системи охорони здоров'я на громадське здоров'я використовуються вкрай недостатньо. Про це свідчать, зокрема, матеріали широкомасштабного дослідження запобіжної смертності в Україні, проведеного Українським центром соціальних реформ. Так, за період 1995–2006 рр. позитивна динаміка смертності населення працездатного віку цілком залежала від немедичної профілактики (І група причин). Водночас смертність від причин, що можливо нейтралізувати діями системи охорони здоров'я, не змінилася або навіть зросла³. Відсутність, незважаючи на збільшення фінансування галузі, позитивної динаміки показників смертності від причин, на які охорона здоров'я за умов своєчасної діагностики та якісного лікування може

впливати, свідчить, що вплив системи охорони здоров'я не лише не збільшується, а навіть зменшується (табл. 2).

Таблиця 2. Запобіжна смертність населення у віці 25–64 роки в Україні (на 100 000 населення)

Групи причин	Чоловіки			Жінки		
	Випадки смертності на 100 000 населення					
	1995	2006	Динаміка	1995	2006	Динаміка
I (немедична профілактика)	720,4	624,0	-13,4 %	188,2	167,4	-11,1 %
II (раннє виявлення захворювань з подальшим лікуванням)	3,5	3,4	Без змін	51,6	51,7	Без змін
III (ефективна медична допомога)	118,9	192,9	+62,2	48,9	49,1	Без змін
Всього	916,9	819,8	-10,6	288,7	268,2	-7,1 %

Примітка: джерело: Смертність населення України в трудоактивному віці // Демоскоп Weekly. – 2008, 31 марта – 13 апреля. – № 327–328.

ЧАСТИНА I. СТАН СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Провідною проблемою української охорони здоров'я, як свідчать дані аналізу вітчизняних та міжнародних експертів, є невідповідність діючої в Україні старої радянської моделі охорони здоров'я (моделі Семашка), призначеної для функціонування в умовах планової економіки, сучасним реаліям⁴.

Недоліки існуючої в Україні моделі охорони здоров'я перш за все проявляються:

- у зосередженості на вирішенні потреб галузі, а не на задоволенні медичних потреб населення;
- неефективності структури системи, що призводить до деформованості структури медичних послуг та неефективності використання наявних ресурсів охорони здоров'я;
- недостатності обсягів фінансування з громадських джерел, що призводить до порушення принципів справедливості та солідарності.

В Україні за роки незалежності неодноразово започатковувалися різні реформи в сфері охорони здоров'я. Але загалом вони характеризувалися:

- відсутністю чітко позначених цілей;
- відсутністю комплексності перетворень;
- постійним переглядом стратегії реформ;
- відсутністю чіткої політики, що забезпечує виконання прийнятих рішень;
- ігноруванням науково доведених або перевірених практикою підходів, форм та методів перетворень;
- істотним впливом на прийняття рішень лобістських груп;
- низькими темпами реалізації;
- непослідовністю та суперечливістю.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ ПРОБЛЕМ ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1. Недоліки фінансування системи охорони здоров'я

Недостатні обсяги фінансування з державних джерел. За останнє десятиліття обсяг фінансування охорони здоров'я в Україні істотно збільшився — майже у 8 разів у фактичному вимірі, або у 2 рази в реальному вимірі з поправкою на інфляцію. Однак недостатнє фінансування галузі вважається однією з провідних проблем національної охорони здоров'я. Як свідчать дані національних рахунків в охороні здоров'я, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні коливаються в межах 5,5–6,5 % ВВП. Такі показники характерні для

ряду країн Східної та Центральної Європи. Проте співвідношення надходжень із державних та недержавних джерел фінансування в Україні є одним із найгірших на Європейському континенті.

Надмірні витрати населення на потреби охорони здоров'я. За найбільш скромними оцінками, питома вага особистих витрат населення на охорону здоров'я становить понад 40 % від загального об'єму фінансування галузі (за даними Світового банку — 2,3–3 % ВВП). Такі фінансові інструменти, як добровільне медичне страхування та лікарняні каси, істотного впливу на обсяги фінансування не мають. Переважає пряма оплата послуг населенням. Громадяни з особистих коштів оплачують значну частину медичних послуг. Більшість населення самостійно забезпечує себе медикаментами при лікуванні не тільки в амбулаторних, але і в стаціонарних умовах. Значну частку (до 10 % від загальних витрат) становлять неформальні/тіньові платежі.

Наростання платності відбувається в хаотичній і неконтрольованій формі, без яких-небудь виражених спроб держави пом'якшити негативні наслідки цього процесу для населення.

Нерівність. Все це призводить до істотної нерівності в доступності медичної допомоги: майже 18,5 % домогосподарств не можуть одержати необхідну медичну допомогу. Факти свідчать, що поширення неформальних, неофіційних платежів відлякує від використання медичних послуг перш за все низькодохідні групи населення та сільських жителів.

У цілому, за оцінками Світового банку, платежі населення за медичні послуги в Україні більш регресивні, ніж в інших країнах європейського регіону і країнах ОЕСР, і потенційно можуть відкинути велику частину людей за межу бідності.

Надмірна децентралізація і фрагментація фінансових потоків. Поглиблює негативні тенденції в фінансуванні охорони здоров'я децентралізована чотирирівнева система розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я, встановлена Бюджетним кодексом 2001 р. Використання коштів, що виділяються на охорону здоров'я на кожному рівні бюджетної системи, частково перетинається. Фінансування з бюджетів різних рівнів одних і тих же видів медичної допомоги для одних і тих же категорій населення, що надаються різними за підлеглістю медичними закладами, створює умови для неефективного використання наявних ресурсів: потужності й робота медичних закладів різного рівня частково дублюють один одного. Водночас оптимізація потоків пацієнтів і структури медичного обслуговування стикається з важко вирішуваною проблемою відповідного перерозподілу об'ємів фінансування медичних установ між бюджетами. Фінансові ресурси в охороні здоров'я дезінтегровані, перш за все через надмірну фрагментацію коштів, що виділяються на охорону здоров'я (аж до рівня селищної ради), а механізми інтеграції практично не діють.

Посилює фрагментацію фінансових потоків існування відомчих систем охорони здоров'я. В Україні, крім системи охорони здоров'я, що знаходиться у віданні МОЗ України, існує низка паралельних медичних служб систем міністерств та відомств (14), на фінансування яких витрачається 42,3 % видатків на охорону здоров'я з державного бюджету. Наявність відомчих систем охорони здоров'я також обертається підтримкою дублюючих один одного потужностей медичних установ і, відповідно, неефективним використанням державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я.

У результаті фрагментація пулів фінансових коштів і дублювання послуг охорони здоров'я не дозволяють оптимізувати процес надання медичної допомоги і сприяють уживанню неефективних методів надання послуг.

Неадекватні методи фінансування медичних закладів. Діючі механізми кошторисного фінансування медичних установ не створюють у них стимулів до підвищення якості медичних послуг і ефективності використання ресурсів. Крім того, формування кошторису закладу на старих радянських підходах, що базуються на їх потужності, тобто залежно від чисельності ліжок і персоналу в установах охорони здоров'я, а не від потреб населення в медичній допомозі, створює неадекватні стимули до екстенсивного розвитку галузі, збереження надмірної й неефективної інфраструктури (зокрема, шляхом не виправданого збільшення числа амбулаторних консультацій, не обґрунтованих госпіталізацій, подовження термінів госпіталізації і ін.). Об'єм і якість виконуваної роботи при цьому не враховуються.

Неадекватна система оплати праці медичного персоналу. В Україні заробітна плата медичного персоналу залишається занадто низькою. Середній розмір заробітної плати по галузі значно нижчий, ніж в інших секторах економіки (порівняно з усіма галузями — в 1,6 раза; порівняно із зарплатою у промисловості — в 1,8 раза). Порівняно з сусідніми країнами Центральної та Східної Європи і навіть СНД рівень зарплати нижчий у 5–10 разів. Оплата праці медичного й іншого персоналу здійснюється на основі ставок (посадових окладів), що практично не диференціюються залежно від спеціальності й характеру виконуваної роботи. У переважній більшості випадків оплата праці персоналу в установах охорони здоров'я здійснюється лише за відпрацьований час без реального врахування об'ємів, якості й ефективності роботи того або іншого співробітника. Преміювання та встановлення будь-яких надбавок до зарплати (окрім доплати за часткове заміщення вакантних штатних посад, надбавок за стаж і кваліфікаційну категорію, що є обов'язковими) відбуваються досить рідко, передусім через дефіцит фінансування, та здійснюються за відсутності чітких критеріїв, що позбавляє більшість працівників стимулів до більш ефективної та якісної роботи.

Такі рівні оплати праці не можуть залучити і тим більше утримати кадри, особливо молоді, у системі охорони здоров'я. У результаті в останні роки ми отримуємо ситуацію, що характеризується значними масштабами переходу медичних працівників до інших секторів економіки або еміграції, частіше в сусідні європейські країни. Ще однією перешкодою для впровадження ефективніших форм організації оплати праці персоналу є відсутність правових можливостей використання в медичних установах контрактної форми трудового договору. У той час використання саме цього інструмента стимулювало б вироблення чітких критеріїв оцінки діяльності кожного працівника й забезпечило би більш прозоре регулювання взаємних зобов'язань адміністрації та співробітників, у тому числі й щодо методів і підходів до оплати праці.

В цілому існуюча система фінансування охорони здоров'я не забезпечує результативного захисту населення від фінансових ризиків, пов'язаних із необхідністю оплати медичних послуг у випадку захворювання, та не сприяє ефективному використанню ресурсів системи.

2. Неефективність структури медичного обслуговування

Як свідчать матеріали низки досліджень, головною перешкодою для ефективного функціонування системи охорони здоров'я в Україні є неефективність її структури на всіх рівнях системи медичного обслуговування, що заважає виробленню медичних послуг, які відповідають потребам населення в медичній допомозі.

В Україні не існує чіткого розподілу на служби первинної та вторинної допомоги. До виконання функцій первинної допомоги фактично залучаються всі спеціалісти поліклініки, що призводить до надмірного використання спеціалізованої амбулаторної допомоги. З загального числа позалікарняних

закладів Міністерства охорони здоров'я близько половини (56,2 %) призначені для надання виключно первинної медичної допомоги (сільські та міські лікарські амбулаторії, амбулаторні відділення сільських дільничних лікарень), 28,1 % — надають і первинну, і вторинну амбулаторну допомогу (поліклініки, поліклінічні відділення міських лікарень для дорослого та дитячого населення, центральних районних лікарень). Лише 27 % фахівців первинної ланки становлять лікарі загальної практики — сімейні лікарі⁷.

Первинна ланка практично не впливає на медичний маршрут пацієнта. Самостійно звертаються до лікарів-спеціалістів майже третина (29,5 %), до стаціонарів — 16,9 % пацієнтів. У результаті рівень обслуговування в 65,9 % випадків не відповідає тяжкості їх стану та перебігу захворювання, у 43,2 % — надання медичної допомоги відбувається на більш високих, ніж необхідно, рівнях.

Надлишкова кількість стаціонарних закладів та лікарняних ліжок. Чисельність стаціонарів більше ніж вдвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості (рис. 1). Частка малопотужних лікарень до 50 ліжок у загальній чисельності всіх лікарень становить 12 %. Загальна забезпеченість ліжками на 10 000 населення (незважаючи на те що в Україні відбулося скорочення ліжкового фонду майже на третину) залишається досить високою — 9,73 за даними Держкомстату, що в 1,7 раза перевищує аналогічні показники в країнах ЄС та в 1,4 раза — в Європейському регіоні в цілому (рис. 1).

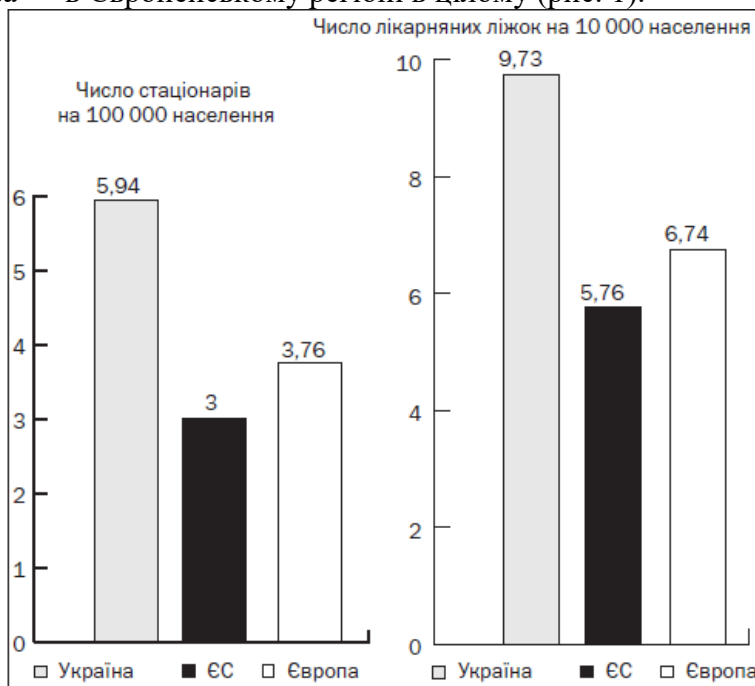


Рисунок 1. Мережа лікарняних закладів та забезпеченість ліжками в Україні

Як відомо, створені в охороні здоров'я потужності, навіть надлишкові, все одно утилізуються (закон Ремера (Roemer's Law) — «створене лікарняне ліжко не залишиться незайнятим»⁸), що підтверджується статистичними даними щодо використання стаціонарної допомоги: в Україні рівень (21,9 %) та тривалість госпіталізації (13,3 дня) істотно перевищують середньоєвропейські показники (19,2 % та 10,4 дня) та показники у країнах ЄС (18,0 % та 9,2 дня)⁹ (рис. 2). Від 30 до 50 % пацієнтів госпіталізуються необґрунтовано^{10, 11}.

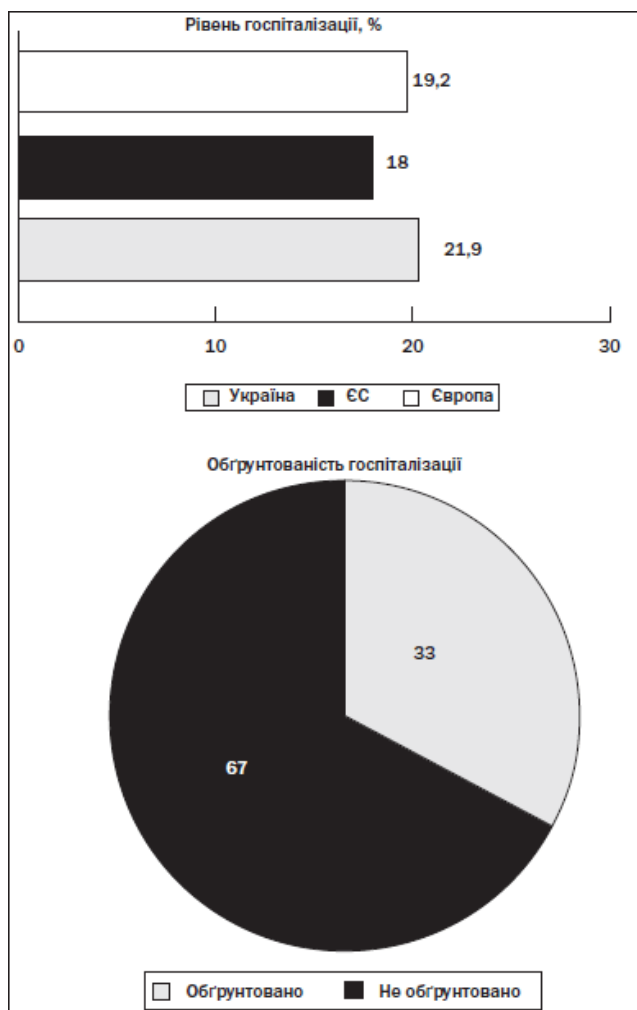


Рисунок 2. Використання ліжкового фонду

Надмірна спеціалізація лікарень. Вторинна медична допомога надається переважно багато профільними міськими та районними лікарнями. Водночас існує також широка мережа психіатричних, протитуберкульозних, дерматовенерологічних, офтальмологічних та інших лікарень, що негативно впливає на комплексність медичної допомоги при лікуванні основного захворювання. Так, супутня патологія враховується лише у 27,5 % випадків, при тому, що в 66,2 % випадків її наявності вона впливає на перебіг основного захворювання.

Відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від інтенсивності лікування. У стаціонарах вторинного рівня на одному й тому ж ліжку можуть отримувати медичну допомогу хворі, які потребують інтенсивного, протирецидивного лікування, медико-соціальної допомоги, термінальні хворі, хоч надання допомоги різним групам пацієнтів потребує застосування різних технологій та відповідної організації лікувально-діагностичного процесу. Так, із загального числа обґрунтованих госпіталізованих у стаціонари терапевтичного профілю 62,8 % потребують інтенсивного лікування, 23,3 % — планового лікування, 8,9 % — медико-соціальної допомоги, 1,8 % — відновлювального лікування.

Слабкі функціональні відмінності між лікарнями вторинного та третинного рівнів. За визначенням третинна медична допомога — це забезпечення великим медичним центром (зазвичай таким, що обслуговує регіон або усю країну і оснащений складним технологічним і допоміжним устаткуванням) надання високоспеціалізованих медичних і хірургічних послуг при незвичайних і складних медичних проблемах. Однак в Україні границі між вторинним і третинним рівнями стаціонарної допомоги досить розмиті.

Наприклад, за існуючими оцінками, 36 % пацієнтів, госпіталізованих в обласні лікарні для надання їм третинної медичної допомоги, фактично потребували вторинної допомоги¹². Їх лікування в обласних лікарнях через устаткування закладів більш складним оснащенням має більшу вартість, ніж лікування в міських або районних лікарнях.

Існування паралельних систем лікарняних послуг різного підпорядкування (відомчих, державних, комунальних).

Висока зношеність основних фондів в державних та комунальних медичних закладах — частка фізично та морально зношеної техніки у 2007 р. становила 60–70 %. Значна частка обладнання відпрацювала 20–25 років, що у 2–3 рази перевищує його технічний ресурс. Близько половини лікарень вторинного рівня не мають умов для надання інтенсивної медичної допомоги пацієнтам.

Наведені дані свідчать, що наявні ресурси охорони здоров'я України розпорошені, а структура медичних послуг істотно деформована, що може призвести до загострення проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи.

3. Низька якість медичної допомоги

Проблеми забезпечення й оцінки якості медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я.

Перетворенням, спрямованим на поліпшення якості медичного обслуговування, в Україні приділяється значна увага. З 1999 р. за рішенням уряду всі установи охорони здоров'я незалежно від форми власності підлягають обов'язковій акредитації з періодичністю 1 раз на три роки, а з 2001 р. відповідно до закону «Про ліцензування» обов'язкового характеру набуло і ліцензування медичної практики в установах охорони здоров'я усіх типів. Проте відсутність системи стимулів при використанні результатів ліцензування й акредитації (наприклад, виключення з ліцензії деяких видів медичної практики, не забезпечених необхідними умовами; або відбір постачальників медичних послуг для їх фінансування за рахунок бюджетних коштів залежно від міри гарантованості якості медичного обслуговування), а також комплектування ліцензійних і акредитаційних комісій винятково органами управління охороною здоров'я сприяло перетворенню цих механізмів на досить формальні інструменти внутрішньовідомчої експертизи.

Наприкінці 90-х років ХХ століття стартував і процес розробки медичних стандартів. За 10 років (1999–200) були створені стандарти у формі клінічних протоколів практично по всіх медичних спеціальностях. Проте більшість із них розроблені експертним методом без використання даних доказової медицини, а впровадження не підкріплюється адекватними стимулами, не проводиться моніторинг ефективності їх використання.

Певна частина лікарів до цього часу не ознайомена з чинними в Україні медичними стандартами, ще більша кількість лікарів знають, але не використовують їх у своїй роботі. Так, із загального числа лікарів-анестезіологів ознайомлено з протоколами близько 80 %, а використовує в практичній діяльності лише 52–63 % фахівців із цієї спеціальності.

Методична недосконалість та незавершеність розробки різних інструментів підвищення якості, а головне — формальність їх застосування та відсутність дієвої системи управління якістю з застосуванням відповідних стимулів для медичного персоналу дозволили отримати певні локальні й нетривалі результати, але не призвели до поліпшення якості медичного обслуговування в країні¹³.

У цілому в Україні рівень якості медичної допомоги, за даними експертних оцінок, досить низький — інтегральний показник якості лікування

становить приблизно 56 %. Невідповідним стану пацієнта (неадекватним) лікування визнане у 40,1–83,0 % хворих стаціонарних закладів¹⁴. Населення невдоволене якістю надання медичної допомоги, про що свідчать результати соціологічних опитувань — більшість опитаних оцінює якість послуг з охорони здоров'я як низьку. Низька якість медичної допомоги обмежує можливості впливу на здоров'я населення та призводить до марнотратного витрачання обмежених коштів системи.

ПРОБЛЕМИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Важливим сегментом системи охорони здоров'я, стан якого викликає справедливі нарікання населення, є медикаментозне забезпечення. Воно поглинає третину загальних витрат на функціонування галузі, але лише близько 4–5 % цих витрат покривається за рахунок бюджету, всі інші лягають тягарем на плечі споживачів. Навіть для стаціонарного лікування 86,7 % вартості ліків сплачується пацієнтами. Така ситуація в поєднанні з ліберальним (безрецептурним) відпуском більшості лікарських засобів значно збільшує ступінь свободи перш за все фармацевтичних працівників у заміні дешевих ліків дорогими (рис. 3).

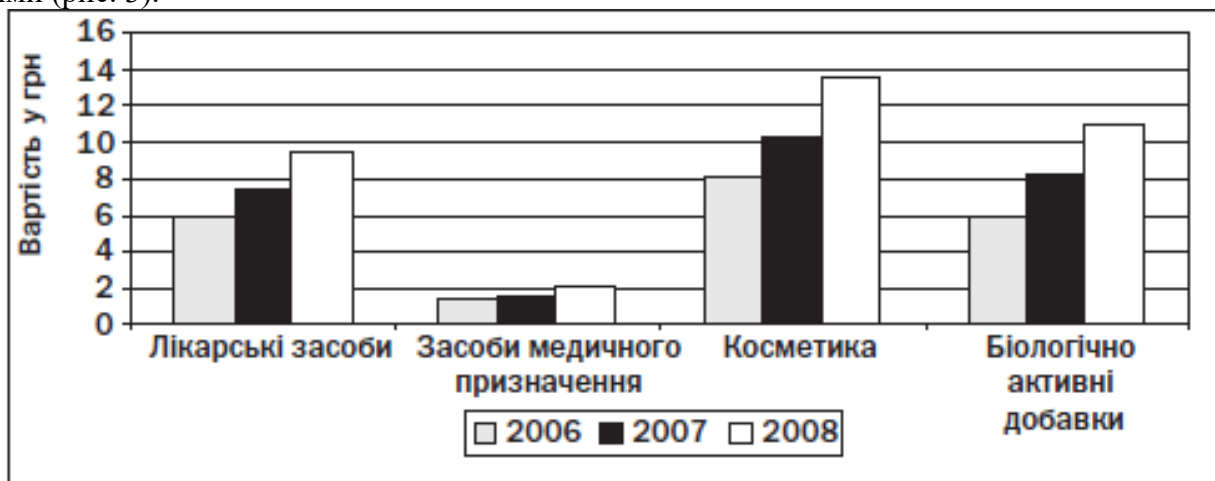


Рисунок 3. Середньозважена роздрібна вартість «аптечного кошика» по категоріях та приріст його вартості, включаючи складові збільшення ціни

Середньозважена вартість кошика лікарських засобів за три роки виросла на 28 %, з яких 10 % обумовлені інфляцією, 2 % — появою на ринку нових дорогих ліків, основна частка подорожчання пов'язана з заміною на різних етапах обслуговування (лікарем або провізором) у межах однієї групи дешевих ліків більш дорогими (рис. 3).

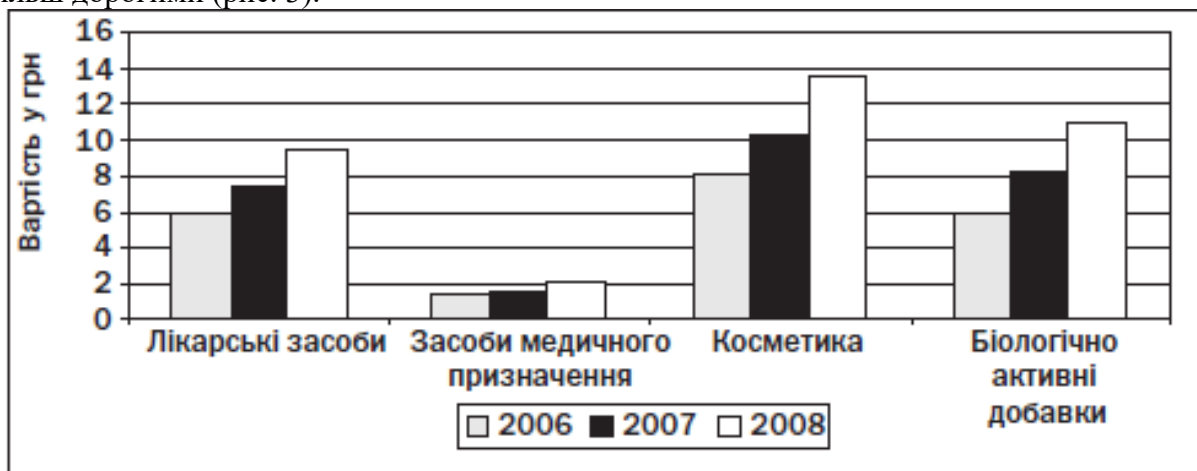


Рисунок 3. Середньозважена роздрібна вартість «аптечного кошика» по категоріях та приріст його вартості, включаючи складові збільшення ціни

Існуюча система закупівель лікарських препаратів також потребує оптимізації.

У ряді випадків закупівля ліків і їх розподіл відбуваються без урахування реальної потреби в них медичних закладів як за об'єму, так і за номенклатурою, ціни на препарати, незважаючи на наявність тендерних процедур закупівлі, у ряді випадків бувають завищеними.

Система державного контролю за цінами на фармакологічні препарати, державний контроль за безпечністю ліків недостатньо ефективні. Зокрема, в країні також відсутня система виявлення та обліку фальсифікованих препаратів, однак, за даними ВООЗ, їх питома вага сягає 20 %. Більшість фальсифікатів — це підробка продукції вітчизняного виробництва, що здійснюється безпосередньо в країні.

ЧАСТИНА II. ОБҐРУНТУВАННЯ ШЛЯХІВ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В останні роки було зроблено певні кроки стосовно запровадження системних реформ в охороні здоров'я. Був затверджений Національний план розвитку системи охорони здоров'я на 2008–2010 рр., підготовлена і передана до Верховної Ради України нова редакція Основ законодавства охорони здоров'я в Україні, затверджено Концепцію розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Однак досі реального реформування не відбулося.

І тому сьогодні система охорони здоров'я в Україні нагально потребує послідовних та глибоких інституціональних та структурних перетворень, спрямованих на поліпшення здоров'я населення та задоволення його справедливих потреб у медичній допомозі.

Провідними напрямками перетворень у системі охорони здоров'я України визначені:

1. Підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я.
2. Підвищення якості медичного обслуговування.
3. Підвищення доступності ліків.
4. Запровадження соціального медичного страхування.
5. Запровадження професійного менеджменту.
6. Моніторинг та аналіз здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги.

1. ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Центральна роль у реалізації цього напрямку належить структурній реорганізації системи відповідно до потреб населення в різних видах медичної допомоги.

НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ

Для структурної реорганізації та розвитку системи ПМСД на засадах сімейної медицини розроблено програму, що подана до Верховної Ради України, до якої плануємо внести доповнення стосовно терміну виконання (збільшення до 10 років на період до 2019 року) та обсягів фінансування з бюджетів різних рівнів у обсязі 12 млрд грн. У структурному плані в цій програмі передбачено:

— проведення чіткого розмежування первинної та вторинної медичної допомоги;

— створення мережі закладів первинного рівня, переважно у вигляді амбулаторій загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ) у сільській місцевості переважно на 2 лікарі, у міській — на 4 лікарі та їх устаткування

відповідно до затверджених табелів оснащення з різними моделями для міської та сільської місцевості:

а) у сільській місцевості — шляхом реорганізації сільських лікарських амбулаторій, амбулаторних відділень сільських дільничних лікарень та частини поліклінічних відділень центральних районних (ЦРЛ) та районних (РЛ) лікарень, великих ФАПів. У зв'язку з тим що на рівні ФАПів, які обслуговують до 300 осіб, надається низькопродуктивна та в більшості випадків неякісна медична допомога, пропонується на рівні місцевих громад розглянути питання про їх закриття при паралельному розвитку мережі амбулаторій ЗП/СМ;

б) у міській місцевості — шляхом реорганізації та перепрофілювання частини поліклінік та поліклінічних відділень багатопрофільних дорослих та дитячих лікарень, відкриття нових закладів, наближених до місця проживання населення.

З метою оптимізації керованості закладів первинної ланки, використання фінансових ресурсів, що виділяються на первинну допомогу, фінансової сталості закладів ПМСД планується створення **Центрів первинної медико-санітарної допомоги**. До складу Центрів — закладів з правами юридичної особи — входять амбулаторії ЗП/СМ та ФАПи, що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району, або міста чисельністю від 30 до 100 тис. осіб.

До функцій Центру входить: укладання договорів із замовником на надання послуг первинної допомоги, планування, координація діяльності закладів ПМСД, що входять до складу Центру, забезпечення якості медичної допомоги, облік та звітність, фінансовий менеджмент, визначення й розподіл стимулюючих виплат для працівників (рис. 4).



Рисунок 4. Зразкова організація первинної медичної допомоги в сільській місцевості

НА ВТОРИННОМУ РІВНІ

З огляду на дані доказового менеджменту та найкращого світового досвіду з метою покращання якості вторинної медичної допомоги з одночасним підвищенням ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг пропонується диференціація лікарень, виходячи з інтенсивності медичної допомоги, що надається:

— **на лікарні інтенсивної допомоги** — для надання цілодобової медичної допомоги, лікування хворих із гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Ресурсне забезпечення лише лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, високоартісного діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики;

— **лікарні для проведення планового лікування** — для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або долікування з використанням стандартних схем лікування;

— **лікарні для відновлювального лікування** — для відновлення функцій, порушених у результаті захворювання чи травми, з метою або попередження інвалідності, або реабілітації інвалідів, потребують спеціального обладнання (фізіотерапевтичного, тренажерів для лікувальної фізкультури);

— **хоспіси** — надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним (безнадійно) хворим, потребують спеціального оснащення для надання допомоги та догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського персоналу та широке залучення волонтерів;

— **лікарні для медико-соціальної допомоги** — забезпечення догляду та надання соціальної й паліативної допомоги хронічним хворим, цей заклад потребує мінімального діагностичного та лікувального обладнання, обслуговування забезпечується переважно сестринським персоналом.

Головну роль мають відігравати багатопрофільним лікарням для надання інтенсивної допомоги, передусім екстреної медичної допомоги, оскільки саме від їх діяльності залежить життя та здоров'я пацієнтів. Саме ці лікарні в розвинених країнах світу становлять близько 90 % всіх стаціонарів. Для ефективної діяльності такі лікарні мають обслуговувати не менше ніж 100–200 тис. населення і виконувати не менше ніж 3000 оперативних втручань та приймати не менше ніж 400 пологів на рік.

Проведення зазначених перетворень може бути здійснене при існуючому адміністративно-територіальному розподілі шляхом **створення госпітальних округів**, що об'єднують заклади декількох сільських районів або міст та районів залежно від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг.

Структура госпітального округу включає: багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування (організується на базі потужних ЦРЛ або міських лікарень); лікарні для відновного лікування — відповідно до потреби; хоспіс — один на округ; заклади медико-соціальної допомоги/сестринського догляду (всі зазначені типи закладів організуються на базі ЦРЛ, РЛ або міських лікарень, що не задіяні як лікарні для інтенсивного лікування); лікарні для планового лікування хронічних хворих у кожному сільському адміністративному районі, місті без районного поділу або в районі міста з районним поділом (організуються на базі ЦРЛ, РЛ або міських лікарень, що не задіяні як лікарні для інтенсивного або відновного лікування, хоспісної допомоги) (рис. 5, 6). Зразкова структура лікарень різних типів наведена в табл. 3. Забезпечення діагностичних досліджень для потреб первинної ланки та планова амбулаторна спеціалізована допомога будуть надаватися поліклінічними відділеннями лікарень планового лікування або консультативно-діагностичними поліклініками. У гострих випадках амбулаторна спеціалізована допомога буде надаватися спеціалістами лікарень інтенсивної допомоги.

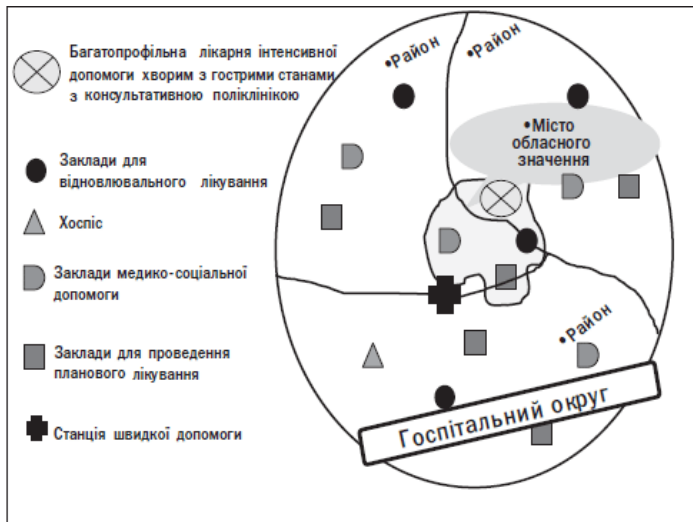


Рисунок 5. Реорганізація вторинного рівня надання медичної допомоги на між-районному та міжміському рівнях. Створення госпітальних округів



Рисунок 6. Структурно реорганізований вторинний рівень

Таблиця 3. Зразкова структура лікарень різних типів

Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування	Лікарня для планового лікування хронічних хворих	Лікарня відновного лікування
Відділення		
Приймальне з діагностичним блоком Реанімації та інтенсивної терапії Терапії Педіатрії (у великих містах з чисельністю населення 500 тис. населення і більше можуть залишатися самостійні дитячі лікарні) Неврології Інсультне Інфарктне Загальної хірургії Травматології Інфекційне боксоване Протитуберкульозне боксоване Пологове Гінекологічне Консультативне поліклінічне (до 20 лікарських спеціальностей) Діагностична служба Денний стаціонар з пансіонатом	Терапії Педіатрії Гінекологічне Поліклінічне (з прийомами за спеціальностями «терапія», «педіатрія», «акушерство та гінекологія», «хірургія», «травматологія», «інфекційні хвороби», «неврологія», «психіатрія», «дерматовенерологія», «офтальмологія», «оториноларингологія») Денний стаціонар Діагностична служба	Реабілітації для хворих, які перенесли інсульт Реабілітації для хворих, які перенесли інфаркт Реабілітації для хворих з захворювання опорно-рухового апарату Загальної реабілітації Допоміжні служби: фізіотерапія, ЛФК, тренажерні та ін. Місцеві рекреаційні засоби

Планується поступове, виважене об'єднання багатoproфільних і монопрофільних або спеціалізованих закладів.

Передбачається такий порядок надходження пацієнтів до структур вторинної медичної допомоги:

- до лікарень інтенсивного лікування — доставка санітарним транспортом або самозвернення пацієнтів;
- до стаціонарів та поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих — за скеруванням лікаря первинної ланки;
- до лікарень відновного лікування — за скеруванням лікаря первинної ланки; лікарів лікарень інтенсивного лікування, лікарів-спеціалістів поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих, лікарів закладів третинного рівня за погодженням із лікарями первинної ланки;
- до лікарень медико-соціальної допомоги та хоспісів — за скеруванням лікаря первинної ланки.

Всі типи закладів повинні бути до- або переоснащені відповідно до визначених функцій. Проведені розрахунки показують, що витрати на дооснащення лише підрозділів інтенсивної терапії при запропонованій моделі організації вторинної допомоги на 27,4 % менше, ніж затрати на відповідне дооснащення всієї існуючої мережі. Не говорячи вже про те, що концентрація інтенсивної допомоги дозволить покращити її якість за рахунок підвищення кваліфікаційного рівня медичних працівників через збільшення обсягу втручань.

Управління закладами вторинного рівня, що входять до складу госпітального округу, буде покладатися або виключно на обласне управління охорони здоров'я, або частина управлінських функцій, що стосуються координації діяльності закладів усередині округу, делегується об'єднанням цих закладів у вигляді корпорацій. Оптимальний варіант управління буде визначено після проведення апробації в пілотних регіонах.

ШВИДКА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

Існує багато проблем у функціонуванні швидкої та невідкладної допомоги, основними з яких є значна частка роботи, що не властива функціям швидкої допомоги, зокрема виїзди до хронічних хворих, виїзди з метою введення знеболювальних препаратів онкологічним хворим, велика тривалість доїзду, непрофільність виїздів спеціалізованих бригад. У рамках запланованих реформ передбачається:

- розділити функції швидкої та невідкладної допомоги й передати невідкладну допомогу як функцію на первинний рівень;
- звільнити служби швидкої допомоги щодо проведення знеболювання онкологічним хворим удома і передати це завдання на первинний рівень шляхом отримання ліцензій структурами первинної допомоги на введення наркотичних препаратів та забезпечення первинної ланки сучасними знеболювальними засобами неопіоїдного характеру;
- станції швидкої допомоги ввести до складу госпітального округу, їх потужність та кількість підстанцій формувати так, щоб забезпечити дотримання ключового критерію діяльності служби — часу доїзду до хворого/постраждалого в межах 10 хвилин у місті, 20 хвилин у сільській місцевості;
- забезпечити надання швидкої допомоги переважно фельдшерськими бригадами, оснащеними та навченими до використання відповідних клінічних протоколів.

НА ТРЕТИННОМУ РІВНІ

На третинному рівні надається високоспеціалізована, високотехнологічна медична допомога обласними лікарнями та клініками НДЦ.

З метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації пропонується створення університетських клінік — об'єднання цих закладів у формі корпорації відповідно до чинного законодавства, базовим елементом якої є обласна клінічна лікарня. Університети та наукові установи передають частину коштів та ресурсів на виконання спільної діяльності. Також частину ресурсів, зокрема ліжковий фонд, передають інші спеціалізовані медичні заклади обласного рівня — дитячі, диспансери тощо. Університетська клініка — невід'ємна складова системи охорони здоров'я регіону, основною метою якої є задоволення визначених потреб населення в медичній допомозі третинного рівня. Водночас університетська клініка також використовується як клінічна база для до- і післядипломної підготовки та проведення пріоритетних наукових досліджень.

Що стосується клінік НДІ, які обслуговують населення всієї країни, стратегічне управління ними в рамках національної системи охорони здоров'я здійснюється МОЗ України. Доцільним було б встановити консолідоване державне замовлення на обсяги медичної допомоги на основі планових показників її надання згідно з чисельністю пролікованих хворих, а також вимоги до результатів надання високоспеціалізованої, високотехнологічної допомоги шляхом обліку та аналізу персоніфікованої інформації про них. Надання високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги в обласних лікарнях та університетських клініках здійснюється за направленнями закладів вторинного рівня. Надання допомоги клініками НДІ — за направленнями обласних управлінь охорони здоров'я в обсягах, які відповідають квотам, що визначені МОЗ України.

УМОВИ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ СТРУКТУРНИХ РЕФОРМ ДЕРЖАВНОГО СЕКТОРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я:

а) первинного рівня медичної допомоги:

- розмежування первинного та вторинного рівнів допомоги;
- об'єднання фінансових ресурсів для надання ПМСД на районному/міському рівнях;
- вільний вибір лікаря ЗП/СМ, який визначає медичний маршрут пацієнта;

б) вторинного рівня медичної допомоги:

- об'єднання фінансових ресурсів для надання вторинної допомоги на обласному рівні, що дозволить раціоналізувати планування мережі закладів, усунути невиправдану фрагментацію системи охорони здоров'я та створити реальні управлінські механізми для вирішення проблем реструктуризації мережі закладів регіональної охорони здоров'я, зокрема функціональної диференціації стаціонарів залежно від інтенсивності надання госпітальної допомоги;
- проведення місцевими органами виконавчої та представницької влади підготовчої роботи до здійснення структурних перетворень;

в) третинного рівня медичної допомоги:

- визначення МОЗ України квот для клінік НДІ для надання високо-спеціалізованої високотехнологічної допомоги для всіх рівнів;

г) всіх рівнів надання медичної допомоги:

- перегляд і підвищення вимог до ліцензування та акредитації, здійснення деформалізації цих процесів;
- передача в оперативне управління ресурсів усіх закладів охорони здоров'я первинного рівня на районний/міський, вторинного — на обласний рівень.

Все це потребує відповідних змін до чинної нормативної бази, і в першу чергу до Основ законодавства України про охорону здоров'я, проект якого знаходиться на розгляді у Верховній Раді України, та Бюджетного кодексу України.

ПРИВАТНИЙ СЕКТОР

Необхідним є підвищення ролі приватного сектора в охороні здоров'я, його частка поки що дуже незначна, але він володіє сучасними діагностичними та лікувальними технологіями. Планується зрівняти у правах державний та приватний сектор при виконанні державного замовлення за умови надання ними медичних послуг відповідно до визначених державою медичних стандартів та цінової політики.

Особлива увага приділяється сприянню створення приватних загальнолікарських практик шляхом надання в оренду необхідних приміщень і обладнання на пільгових умовах.

ВІДОМЧА МЕДИЦИНА

Для ліквідації дублювання відомчих і територіальних систем охорони здоров'я та створення єдиного медичного простору передбачається:

— сконцентрувати всі кошти з державного бюджету на рівні Міністерства охорони здоров'я України;

— передати заклади, що знаходяться у відомчому підпорядкуванні, на територіальний рівень, за винятком медичної служби Міністерства оборони, СБУ та структур промислової медицини (наприклад, огляди машиністів залізничного транспорту та пілотів перед поїздками/польотами, психологічне тестування та реабілітація працівників МВС тощо).

ГОСПОДАРСЬКИЙ СТАТУС МЕДИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

В Україні серед наукової та політичної еліти популярною є ідея надання медичним закладам більшої самостійності шляхом зміни їх господарського статусу, так звана автономізація медичних закладів та перетворення їх на державні/комунальні некомерційні підприємства.

Головними аргументами за розширення границь самостійності медичних закладів є:

1) створення можливостей та стимулів для медичних організацій для раціонального господарювання: планування та організація господарської діяльності, у т.ч. можливість перерозподілу коштів за різними напрямками витрат; управління людськими ресурсами (планування кількості, набір персоналу та його оплату); управління матеріально-технічними ресурсами (кількість ліжок та інтенсивність їх використання, використання обладнання приміщень);

2) створення умов для розвитку конкуренції між виробниками медичних послуг у системі громадської охорони здоров'я, що потенційно може сприяти підвищенню ефективності використання ресурсів у системі.

Однак фактичні дані, отримані при аналізі ефективності структурних перетворень у різних країнах Європи, свідчать, що надання лікарням автономії без попередньої структурної реорганізації може призвести до сповільнення темпів структурних перетворень стаціонарного сектора, оскільки отримання автономії надає адміністрації лікарні певні можливості протидіяти закриттю навіть неефективного закладу, у тому числі за допомогою впливових лікарів та місцевих урядових органів¹.

Впливові європейські експерти, запрошені Бюро ЄРБ ВООЗ в Україні для оцінки реформ в охороні здоров'я, що плануються Міністерством охорони

здоров'я, застерігають, що автономізація медичних закладів у масових масштабах в умовах економічної кризи може призвести до погіршення умов роботи медичних закладів, оскільки високою є ймовірність того, що самостійність постачальників медичних послуг призведе до ще більшої комерціалізації діяльності медичних закладів, масового вивільнення персоналу². Крім того, доведеться витратити значну частку коштів на оплату податків (оподаткування прибутку, земельного податку) та ін., від яких бюджетні установи звільнені.

Враховуючи вищенаведене, на сучасному етапі розвитку доцільно зберегти існуючий статус медичних організацій як бюджетних. Питання щодо зміни господарського статусу медичних закладів із надання їм більшої самостійності (автономізації медичних закладів) доцільно розглянути після завершення структурної перебудови галузі та виходу країни з фінансово-економічної кризи та перетворення їх на державні/комунальні некомерційні підприємства). До речі, термін «підприємство» для медичних організацій, призначених для виконання соціальної функції охорони здоров'я, є неприйнятним, оскільки асоціюється зі здійсненням підприємницької діяльності, тобто діяльності, що здійснюється на свій ризик і спрямована на систематичне отримання прибутку від користування майном, продажу товарів, виконання робіт або надання послуг. Тому навіть при прийнятті рішення щодо автономізації державних та комунальних медичних закладів, слід внести до Господарського кодексу як суб'єкти господарювання медичні організації.

1.2. Запровадження договірних відносин при закупівлі медичних послуг та нових методів фінансування медичних закладів

Використання механізмів укладання договорів між замовниками та постачальниками медичних послуг та сучасних методів фінансування медичних закладів (оплати медичних послуг) належать до ключових стратегій підвищення ефективності розподілу та використання ресурсів³.

Паралельно зі структурною перебудовою планується зміна порядку фінансування медичних закладів, перехід від кошторисного фінансування, основою якого є показники потужності закладів і який зберігає орієнтири екстенсивного розвитку, до державного замовлення на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, виходячи з потреб населення в певних видах медичної допомоги. До речі, необхідність такого трансформування розуміють і в Парламенті України, про що свідчить законопроект № 4619 «Про державне замовлення в сфері охорони здоров'я», зареєстрований 05.06.2009.

На першому етапі перетворень, коли відсутня необхідна економічна інформація, застосовується така форма договору між замовником і постачальником медичних послуг, як блок-контракт — договір, у рамках якого покупець погоджується сплатити певну суму в обмін на безоплатний доступ населення до певного кола послуг. Надалі в міру накопичення економічної інформації блок-контракт поступає в іншій формі контрактних відносин — договору на фінансування узгодженого об'єму медичної допомоги з плануванням обсягу допомоги й визначення умов її оплати.

При цьому планується використання сучасних методів оплати медичних послуг:

— *на первинному рівні* — сполучення подушної оплати і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад, відсоток охоплення вакцинацією, відсоток охоплення скринінговими програмами тощо);

— *на вторинному рівні*: для стаціонарів — «глобальний бюджет» залежно від структури та обсягів наданої допомоги, для поліклінік — за обсяг наданих послуг;

— на третинному рівні — «глобальний бюджет» залежно від структури та обсягів наданої допомоги.

Фінансування за методом «глобального бюджету» передбачає аналіз потреб населення з визначенням числа і структури за нозологічними формами захворювань та врахуванням тяжкості їх перебігу. Для лікарень інтенсивної допомоги розмір «глобального бюджету» визначається з вірогідності рівнів захворюваності та складності станів пацієнтів, які потребують даного виду допомоги, визначеного на основі аналізу статистичних показників за останні 3 роки. Для лікарень інших типів, особливо для третинного рівня, при визначенні «глобального бюджету» враховуються як потреба в конкретних видах медичної допомоги, так і ресурсні можливості відповідних медичних закладів та їх фінансове забезпечення. Оскільки повне забезпечення потреби в цих видах допомоги є нереальним для будь-якої країни, в Україні встановлюється плановість її надання, у т.ч. з визначенням черговості отримання планової високотехнологічної медичної допомоги.

ОПЛАТА ПРАЦІ

Реформа в охороні здоров'я не може бути повноцінною без кардинальних змін у системі оплати праці медичного персоналу, які повинні вирішувати два складні завдання:

— підвищення рівня винагородження лікарів та іншого медичного персоналу з тим, щоб підняти рівень престижу медичної професії, зменшити відтік кадрів з галузі;

— створення стимулів до підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Для цього планується внести зміни до умов оплати праці медичних працівників шляхом виділення двох складових заробітної плати: постійної, яка буде визначатися традиційно на основі єдиної тарифної сітки розрядів, та змінної, яка буде базуватися на чітких і прозорих критеріях обсягу та якості виконаної роботи.

Як свідчить досвід інших країн, для залучення висококваліфікованих фахівців у первинну ланку та мотивації їх до виконання різноманітних і складних функцій, зокрема великого обсягу профілактичної роботи, організації медичних маршрутів пацієнтів тощо забезпечити найбільш високий рівень їх оплати праці порівняно з іншими медичними професіями.

2. ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

Одним із потужних механізмів поліпшення ефективності використання ресурсів є підвищення якості медичної допомоги.

За визначенням ВООЗ, «якісне медичне обслуговування — це обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш за все потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня»⁴.

В останні роки робота із забезпечення якості медичного обслуговування в Україні набула системного характеру. Затверджена й реалізується Концепція управління якістю медичної допомоги в Україні, у якій визначені основні підходи до створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб і очікувань споживачів медичної допомоги.

Розроблений порядок управління та контролю якості, що являє собою вертикально організовану структурно-функціональну систему, яка включає всі рівні управління — від міністерства до установи охорони здоров'я. Розроблена галузева програма стандартизації медичної допомоги на період до 2010 г.

Створена з застосуванням міжнародного інструменту оцінки якості клінічних рекомендацій AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation) і затверджена уніфікована методика з розробки клінічних рекомендацій, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів. Для організації й науково-методичного супроводу процесів стандартизації на базі Українського інституту стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України відкритий державний центр розробки та моніторингу дотримання медичних стандартів. Нині йде формування і тренінг робочих груп, які будуть розробляти/адаптувати клінічні рекомендації і переробляти за необхідності діючі клінічні протоколи.

З метою інтенсифікації роботи щодо поліпшення якості медичної допомоги та системного практичного втілення методичних і організаційних розробок з цієї проблеми пропонується:

- активізувати створення організаційної структури управління якості медичної допомоги на всіх рівнях медичного обслуговування;
- забезпечити впровадження порядку управління та контролю якості медичного обслуговування;
- забезпечити створення програм безперервного підвищення якості медичного обслуговування, що застосовуються на різних рівнях охорони здоров'я та в яких задіяні різні категорії медичних працівників;
- забезпечити розробку/адаптацію або перегляд існуючих клінічних рекомендацій та уніфікованих клінічних протоколів на основі надійних сучасних наукових даних для основних захворювань, що найбільш поширені та створюють загрозу життю та здоров'ю людини (за статистичними даними це близько 250 діагнозів, які охоплюють до 90 % всіх випадків захворювань);
- розробити і впровадити скринінгові програми;
- розробити та затвердити зразкові таблиці оснащення для стаціонарних медичних закладів різних типів (лікарні інтенсивної допомоги, лікарні для проведення планового лікування, відновлювального лікування, хоспіси, лікарні для медико-соціальної допомоги, університетські клініки тощо);
- удосконалити інструменти зовнішнього та внутрішнього контролю якості, для чого переглянути умови ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів, атестації медичного персоналу, розробити порядок експертизи якості медичної допомоги;
- створити незалежні структури для оцінки відповідності закладів ліцензійним та акредитаційним вимогам;
- розробити систему індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання (моніторинг) та конкретне визначення проблем забезпечення якості;
- створити систему моніторингу якості медичної допомоги та задоволеності населення медичним обслуговуванням;
- розробити та впровадити механізми мотивації медичного персоналу до підвищення якості медичної допомоги, у тому числі до виконання затверджених клінічних протоколів;
- визначити порядок взаємодії фонду соціального медичного страхування (за умови запровадження страхової моделі в Україні) з органами управління охорони здоров'я та медичними закладами у сфері якості охорони здоров'я;
- забезпечити залучення громадських організацій (об'єднань споживачів, медичних працівників) до управління якістю;

— забезпечити доступ пацієнтів і громадян до інформації, що дозволить їм брати участь у рішеннях, які стосуються їх здоров'я та медичного обслуговування.

З метою наближення висококваліфікованої медичної допомоги за місцем перебування пацієнтів створити Всеукраїнську мережу телемедичної допомоги.

3. ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ЛІКІВ

Для поліпшення ситуації з фармакологічним забезпеченням населення ліками та лікарськими засобами нами планується ланцюжок взаємопов'язаних заходів:

— перегляд Національного переліку життєво необхідних лікарських засобів та виробів медичного призначення з включенням до його складу доведено ефективних препаратів для лікування найбільш поширених захворювань;

— при розробці клінічних протоколів використання Національного переліку з широким запровадженням генеричних препаратів за умови відповідної перевірки їх біоеквівалентності та терапевтичної ефективності;

— поліпшення контролю якості медичних препаратів (боротьба з підробками);

— перегляд завищених зобов'язань, узятих на себе Україною при вступі до СОТ, щодо подачі заявки на реєстрацію генериків після закінчення дії патенту на оригінальний препарат після 5-річного періоду ексклюзивності, що суперечать Volar provision (за 2 роки до закінчення дії ексклюзивності оригінального препарату);

— розробка та запровадження формулярної системи медикаментозного забезпечення медичних закладів;

— з метою раціоналізації споживання лікарських засобів більш широко запровадити рецептурний відпуск медикаментів при амбулаторному лікуванні;

— запровадження диференційованої системи відшкодування за рахунок державних коштів вартості лікарських засобів для населення, придбаних для амбулаторного лікування за рецептами або призначених для стаціонарного лікування. Одним із можливих джерел фінансування цього може бути використання надходжень від уведення ПДВ на менш важливі лікарські засоби, продаж яких є високорентабельним для фармвиробників;

— з метою більш ефективного контролю за цінами на лікарські засоби запровадити механізм референтних цін (пацієнт сплачує різницю між середньою ціною по класу ліків і ціною необхідного препарату), реімбурсації тощо.

4. ЗАПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Спосіб фінансування охорони здоров'я є однією з ключових детермінант здоров'я і благополуччя населення. Одним із головних завдань систем охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку є забезпечення мобілізації ресурсів у такий спосіб, щоб гарантувати населенню справедливий доступ до основних медичних послуг і втручань.

Дані, узагальнені ВООЗ, свідчать, що єдиного правильного, найкращого підходу до фінансування системи охорони здоров'я не існує. Кожна країна розробляє та впроваджує свої поєднання механізмів збору та консолідації коштів відповідно до своїх потреб, історичних, фінансових і демографічних умов, соціальних пріоритетів і переваг, що призводить до поступового стирання відмінностей між «моделями»⁵.

Для поліпшення ситуації з фінансуванням охорони здоров'я, що склалася в Україні, головним завданням є збільшення в загальному обсязі фінансування

охорони здоров'я частки надходжень із суспільних джерел. Оскільки можливості істотного збільшення фінансування за рахунок бюджетних коштів обмежені, найбільш реалістичним підходом до реалізації цього завдання є перехід від чинної бюджетної моделі фінансового забезпечення до моделі, що базується на обов'язковому соціальному медичному страхуванні (далі — СМС). Запровадження СМС у країні розглядається не лише як можливість збільшення обсягів коштів, що використовуються на цілі медичного обслуговування, але й, що головне, як економічний каталізатор перетворень у системі охорони здоров'я.

Запропонована в законопроекті про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування, розробленому Міністерством охорони здоров'я України, неконкурентна модель СМС із Єдиним державним страховиком — Фондом медичного страхування цілком відповідає контексту проблем у системі фінансування охорони здоров'я в Україні та пріоритетним напрямкам дій щодо їх вирішення. Така модель створює єдиний державний пул фінансових коштів для оплати медичної допомоги всім застрахованим на рівні всієї країни і в його рамках єдині фінансові пули в масштабах кожного регіону. Це дозволить подолати існуючу фрагментарність пулів фінансових коштів та створити умови для поліпшення планування ресурсів в охороні здоров'я.

Створення єдиного фінансового пулу та єдиного страховика з територіальними відділеннями відкриває можливість вирівнювання фінансових умов надання медичної допомоги, що гарантується державою, для громадян, які проживають у різних регіонах і різних типах населених пунктів. Введення інституту єдиного покупця на регіональному рівні створює передумови для підвищення ефективності використання ресурсного потенціалу територіальних систем охорони здоров'я. Контрактний розподіл коштів СМС, об'єднаних у єдиному фінансовому пулі на регіональному рівні, буде більш ефективним, ніж існуючий розподіл бюджетних коштів обласними, районними, міськими та селищними органами влади на утримання підвідомчих їм медичних закладів. Процес контракування (укладання договорів між відділеннями Фонду і закладами охорони здоров'я про надання медичної допомоги) може стати додатковим стимулом для реструктуризації мережі медичних установ, що є одним з пріоритетних завдань реформи охорони здоров'я.

Модель із Єдиним державним страховиком визнається ВООЗ достатньо ефективною, особливо на початковому етапі запровадження соціального медичного страхування в країні. Вона є досить легко керованою і не потребує значних фінансових витрат для забезпечення її функціонування.

Успішність запровадження соціального медичного страхування в Україні значною мірою залежить від того, яким буде статус Фонду медичного страхування. Досвід країн Центральної та Східної Європи, узагальнений експертами Європейської обсерваторії систем охорони здоров'я, свідчить, що створення нових напівнезалежних агенцій, що виконують функції збору доходів та створення пулів для охорони здоров'я, можуть легко перейти під контроль наділених певними повноваженнями зацікавлених осіб, чиї мотиви можуть бути досить далекими від завдань поліпшення охорони здоров'я населення країни. Водночас низка інструментів забезпечення підзвітності, таких як моніторинг результатів діяльності, залучення громадськості, пряма довгострокова контракція з медичними закладами та ринкова дисципліна, у цих країнах була відсутня, що призводило до втрати контролю з боку Міністерства охорони здоров'я та Міністерства фінансів за прийняттям ключових рішень. Експерти Європейської обсерваторії та ЄРБ ВООЗ рекомендують дотримуватися обережності при визначенні статусу фондів і виведенні їх з-під контролю уряду. Найбільш плавний і безболісний перехід від системи Семашка до страхової

моделі досягався в тих країнах, де фонд був державною організацією або навіть на перших порах входив до складу Міністерства охорони здоров'я. Тому для України, яка не має усталених традицій та достатнього досвіду функціонування такого роду систем, доцільно визначити статус Фонду медичного страхування як державної організації та встановити механізми її взаємодії з Міністерством охорони здоров'я України.

В умовах фінансово-економічної кризи функціонування страхових моделей у різних країнах стикається з великими проблемами, що за своїми масштабами перевищують такі для бюджетних систем охорони здоров'я. Тому запропонована в зазначеному законопроекті норма, що закон набуває чинності з 1 січня 2013 року, є абсолютно виправданою. За час між прийняттям закону та його запровадженням, згідно з прогнозами економістів, вдасться подолати негативні наслідки фінансово-економічної кризи в Україні, а також здійснити необхідну підготовку до введення системи СМС: розробити відповідні нормативні акти, провести необхідні організаційні заходи та перший етап структурної реорганізації охорони здоров'я, що потребує активних адміністративних втручань.

У цілому запропонована модель СМС орієнтована на подолання існуючої фрагментарності пулів фінансових коштів в охороні здоров'я, створює єдиного покупця медичної допомоги в кожній територіальній системі охорони здоров'я і тим самим забезпечує сприятливі передумови для підвищення реальної доступності і якості медичної допомоги населенню, підвищенню ефективності використання ресурсів.

Умови запровадження СМС в Україні:

— чітке визначення обсягів державних гарантій щодо надання медичної допомоги, узгоджене та збалансоване з обсягами надходжень у систему СМС;

— перехід до страхової моделі буде потребувати або посилення податкового навантаження на працедавців, що може стримувати економічне зростання, або перерозподілу існуючих податкових потоків. При ухваленні рішення про створення СМС окремого розгляду в контексті політики стимулювання економічного зростання, податкової політики та політики зайнятості вимагає питання про можливість введення обов'язкових внесків на медичне страхування як додаток до існуючих податків і/або перерозподіли податкових потоків;

— забезпечення можливості поетапного введення СМС у регіонах для апробації та уточнення правил роботи нової системи.

КАДРОВІ РЕСУРСИ

Роль медичного працівника в забезпеченні населення якісною медичною допомогою тяжко переоцінити. Багато років вважалося, що в Україні надлишкова чисельність медичного персоналу, наслідком чого і була відповідна кадрова політика. А сьогодні українська охорона здоров'я стоїть на порозі кадрової кризи. Існує дефіцит кадрів, перш за все у первинній ланці загалом та сільській місцевості. Понад 20 % працівників пенсійного віку, і ще 20 % — передпенсійного. Спостерігається наростаюча та некерована міграція медичного персоналу, у т.ч. в сусідні країни та за кордон. Використовується архаїчна система планування потреб у кадрових ресурсах, що базується на жорстких кадрових нормативах.

У кадровій політиці передбачається:

— запровадити прогнозування на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень у галузі, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів;

— забезпечити підготовку та перепідготовку випереджаючими темпами лікарів загальної практики/сімейної медицини, сімейних медичних сестер, середнього медичного персоналу з вищою освітою;

— підвищити роль середнього медичного персоналу системи охорони здоров'я, передавши йому ряд функцій, що не виходять за межі його компетенції, зокрема медичне обслуговування в лікарнях сестринського догляду, хоспісах, надання швидкої допомоги фельдшерськими бригадами, виділення самостійних розділів роботи для працівників ФАПів;

— посилити заходи соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, у першу чергу на рівні первинної ланки (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів тощо).

Всі ці заходи разом зі зміною системи оплати праці дозволять зменшити інтенсивність міграційних процесів медичних працівників.

Проблема дефіциту відповідно підготовлених управлінських кадрів є однією з найголовніших перепон на шляху до реформування системи охорони здоров'я.

Тому здійснення реформ вимагає формування корпусу керівників органів та закладів охорони здоров'я, що володіють вміннями та навичками сучасного менеджменту в охороні здоров'я та поділяють ідеологію реформи. З метою підготовки професійного управлінського персоналу розроблено однорічну магістерську програму з управління охороною здоров'я та відкрито в двох вищих навчальних закладах (Харківська медична академія післядипломної освіти, Дніпропетровська медична академія разом з Дніпропетровським університетом економіки і права), відкривається в декількох інших підготовка менеджерів в охороні здоров'я як друга вища освіта. Планується створення програми перепідготовки, що передбачає у 5-річний термін провести перепідготовку керівників управлінь охорони здоров'я та управлінського персоналу великих лікувально-профілактичних закладів, а в 10-річний — забезпечити підготовку та перепідготовку всього управлінського складу системи охорони здоров'я. Після закінчення 10-річного періоду зайняття керівної посади передбачається особами, які мають освіту відповідного рівня.

УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ

Для виконання запланованих реформ необхідно створити чітку систему управління перетвореннями:

— **визначення** стратегії та методичного її забезпечення в цілому та по окремих напрямках покладається на Міністерство охорони здоров'я України;

— **перевірка** дієвості та ефективності запропонованих підходів планується на двох пілотних, самодостатніх територіях з точки зору надання медичної допомоги, областях;

— **перевірка** результативності та ефективності запропонованої моделі, внесення коректив до неї за результатами апробації;

— **широке запровадження** апробованих підходів до реформування системи охорони здоров'я на всій території України з моніторингом процесів перетворень і результатів;

— **проведення** широкої роз'яснювальної роботи та інформування щодо мети, завдань, сутності та результатів системних перетворень серед:

а) представників центральних та місцевих органів влади;

б) медичної спільноти;

в) широких верств населення;

— **залучення** професійних медичних асоціацій, координаційних рад при органах управління охороною здоров'я, наглядових рад при медичних закладах до прийняття рішень щодо перетворень на відповідних рівнях;

— **професійна підготовка** керівників органів та закладів охорони здоров'я у сфері менеджменту відповідно до сучасних вимог.

Реформування системи охорони здоров'я повинно проводитися поетапно:

І етап. Підготовчий (2010–2012 рр.)

1. Законодавче та нормативне забезпечення реформи — **прийняття законів України:**

— «Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я»;
— «Про запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування»;

— «Про медичні заклади та медичне обслуговування населення»;

— «Про Загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини»;

— «Про внесення змін до Бюджетного кодексу щодо об'єднання фінансових ресурсів для надання первинної медичної допомоги на районному/міському рівнях, вторинної допомоги — на обласному рівні»;

— постанови КМ України «Про фінансування з державного бюджету всіх медичних служб через Міністерство охорони здоров'я України».

2. Розробка органами місцевої влади всіх рівнів із залученням громадськості при організаційно-методичній підтримці Міністерства охорони здоров'я планів структурної реорганізації мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення у медичній допомозі різних рівнів (первинній, вторинній, третинній), які включають:

— розвиток мережі амбулаторій загальної практики/сімейної медицини в сільській та міській місцевостях;

— оптимізацію мережі ФАПів;

— створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги;

— визначення границь госпітальних округів та перспективи функціональної диференціації існуючих медичних закладів вторинного рівня в лікарні інтенсивної допомоги, лікарні для проведення планового лікування, відновлювального лікування, хоспіси, лікарні для медико-соціальної допомоги;

— створення університетських клінік.

3. Розробка та затвердження Міністерством охорони здоров'я:

а) зразкових табелів оснащення для стаціонарних медичних закладів різних типів;

б) зразкових форм договорів про закупівлю медичних послуг;

в) механізму договірної оплати медичних послуг;

г) клінічних рекомендацій та клінічних протоколів на види захворювань, визначені як найбільш пріоритетні;

д) нових/переглянутих умов ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів та атестації медичного персоналу;

е) порядку експертизи якості медичної допомоги;

є) системи моніторингу медичної допомоги, результативності та ефективності реформування системи охорони здоров'я;

ж) механізмів мотивації медичного персоналу до підвищення якості медичної допомоги;

з) положення про запровадження формулярної системи медикаментозного забезпечення медичних закладів.

4. Створити за ініціативою Міністерства охорони здоров'я незалежні структури (агенції) для оцінки відповідності медичних закладів ліцензійним та акредитаційним вимогам.

5. Розробка та затвердження Міністерством охорони здоров'я та Міністерством фінансів України:

— положення про порядок фінансування закладів первинної медичної допомоги (сполучення подушної оплати та стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності);

— положення про порядок фінансування закладів вторинної медичної допомоги (за методом глобального бюджету);

— положення про порядок фінансування закладів третинної медичної допомоги (за методом глобального бюджету);

— положення про оплату праці медичного персоналу з огляду на обсяг та якість виконаної роботи.

6. Створити Всеукраїнський реєстр пацієнтів.

7. Створити Фонд медичного страхування та його територіальні відділення, забезпечити їх устаткування та укомплектування необхідними спеціалістами.

8. Провести апробацію запропонованих змін на 2 пілотних регіонах.

II етап. 2013–2018 рр., проведення реформування системи охорони здоров'я, що передбачає:

1. Здійснення структурної реорганізації системи медичного обслуговування.

2. Перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг.

3. Запровадження нових форм фінансування медичних закладів.

4. Запровадження нових форм оплати праці медичного персоналу.

5. Здійснення комплексу заходів щодо підвищення доступності ліків та забезпечення їх якості.

6. Завершення проведення комплексу заходів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги.

7. Запровадження соціального медичного страхування.

У результаті проведеної комплексної реформи передбачається створення національної системи охорони здоров'я, інфраструктура якої буде відповідати потребам населення в медичній допомозі відповідних рівнів, фінансування за рахунок коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування забезпечить дієвий захист населення від фінансових ризиків, пов'язаних з отриманням медичної допомоги й медикаментозним забезпеченням; закупівля медичних послуг Фондом медичного страхування та/або його відділеннями в постачальників медичних послуг на контрактних умовах із застосуванням сучасних ефективних методів фінансування медичних закладів забезпечить ефективний розподіл та використання ресурсів, створить відповідні стимули для медичного персоналу до інтенсивної та якісної роботи; стандартизація медичної допомоги в комплексі з іншими механізмами (системою безперервного поліпшення якості, ліцензуванням, акредитацією медичних закладів) створить умови для істотного підвищення якості медичної допомоги. Весь комплекс інституційних перетворень та змін у політиці у сфері охорони здоров'я дозволить суттєво збільшити внесок системи охорони здоров'я в поліпшення здоров'я населення країни і в такий спосіб підвищити конкурентоспроможність країни в цілому і благополуччя її громадян.