

АНАЛІТИЧНА ДОВІДКА ЩОДО РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Г. Слабкий – директор УІСД МОЗ України

1. Реформування сфери охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві, започатковане у 2011 р., проводиться відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», Законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», наказів МОЗ України, спрямованих на реалізацію цих законів.

Незважаючи на те, що Одеська та Полтавська області не є пілотними з впровадження проекту реформування сфери охорони здоров'я України, більшість заходів з реформування сфери охорони здоров'я в цих регіонах також започатковані у 2011–2013 рр. відповідно до усіх чинних законодавчих норм та з урахуванням результатів впровадження реформи в пілотних регіонах.

Основні напрями реформування сфери охорони здоров'я в регіонах спрямовані на формування нової системи фінансово та організаційно розмежованої трирівневої медичної допомоги населенню, запроваджені відповідно до рішень і розпоряджень обласних (у м. Києві – міської) державних адміністрацій, наказів департаментів (управлінь) охорони здоров'я із залученням регіональних громадських організацій та медичної спільноти.

2. Основні заходи регіональних програм та планів реформування сфери охорони здоров'я у 2011–2013 рр. спрямовані на:

- розробку нових механізмів фінансування сфери охорони здоров'я з урахуванням розмежування рівнів надання медичної допомоги населенню;
- розвиток ПМСД на засадах ЗПСМ;
- структурну перебудову ЕМД відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу»;
- розвиток перинатальної допомоги в рамках реалізації національного проекту «Нове життя»;
- формування мережі ЗОЗ вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- поліпшення кадрового та матеріально-технічного забезпечення, передусім первинної ланки надання медичної допомоги населенню.

3. Хід реформування сфери охорони здоров'я відбувається на тлі активної участі громадських організацій, лікарських асоціацій, комунікативного та наукового супроводу.

При департаментах охорони здоров'я функціонують громадські ради, до складу яких входять представники громадських, релігійних, благодійних організацій, творчих спілок, асоціацій, органів самоорганізації населення та інших недержавних організацій і установ. Громадські об'єднання відіграють особливу роль у формуванні політики в питаннях реформи охорони здоров'я на рівні сіл і міських мікрорайонів, тобто там, де громадяни безпосередньо отримують ПМСД. Із метою обговорення ходу реформування охорони здоров'я, обґрунтування можливості та доцільності відповідних змін на регіональному і

територіальному рівнях проводяться громадські слухання, наради, «круглі столи», прес-конференції, консультації з громадськістю, організуються виступи на телебаченні та в місцевій періодиці. В Одеській та Полтавській областях активно пропагується набутий досвід реформування сфери охорони здоров'я в пілотних регіонах. Аналізується досвід реформування системи в пілотних областях, обговорюються дії та компетенція органів місцевого самоврядування в цій сфері.

Розглядаються можливості та приклади співпраці громадськості, органів місцевого самоврядування, керівних органів охорони здоров'я регіону в реформах охорони здоров'я. Кожна зміна при оптимізації діяльності ЗОЗ, коригування тих чи інших планів, пов'язаних з реформуванням, неодмінно обговорюється та погоджується з місцевою громадою.

Основна увага комунікативного супроводу реформ приділяється роз'ясненню населенню мети реформ і перетворень, акцентуванню важливості розуміння людьми державних кроків із реформування сфери охорони здоров'я.

Науковий супровід реформ охорони здоров'я в регіонах проводять профільні кафедри ВМНЗ, які займаються до- та післядипломним навчанням із питань організації та управління охороною здоров'я, підготовкою ЛЗПСЛ. Провідні науковці кафедр є членами робочих груп з реформування охорони здоров'я в регіонах, залучаються до розробки та обговорення регіональних нормативно-правових і стратегічних документів.

Голови та представники регіональних лікарських асоціацій, насамперед асоціацій організаторів охорони здоров'я, сімейних лікарів є членами координаційних рад – дорадчих органів, діяльність яких спрямована на обговорення нагальних питань розвитку охорони здоров'я в регіоні та прийняття виважених висновків щодо вирішення проблемних питань, які гальмують її розвиток. Асоціації неонатологів та акушерів-гінекологів беруть участь у розробці медичного та технічного завдань, планів підготовки фахівців для роботи регіональних перинатальних центрів.

4. У регіонах завершено фінансове розмежування ЗОЗ первинного та вторинного рівнів медичної допомоги, що дало змогу сконцентрувати кошти на фінансування закладів ПМСД на рівні районних бюджетів і бюджетів міст обласного значення, та сформовано систему надання ПМСД.

Станом на початок 2014 р. у пілотних регіонах повністю сформовано мережу ЗОЗ, які надають ПМСД. Формування мережі ЦПМСД в Одеській області виконано на 97,30% від потреби, Полтавській – на 100% від запланованого. Усі відкриті ЦПМСД мають статус юридичних осіб, реєстраційні посвідчення та ліцензії МОЗ України на медичну практику.

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість ЦПМСД			Відсоток від запланованого
	усього	сільська місцевість	міста	
Вінницька обл.	33	6	27	100
Дніпропетровська обл.	53	30	23	100
Донецька обл.	72	55	17	100
Одеська обл.	33	9	24	93,7
Полтавська обл.	34	9	25	100
м. Київ	28	–	28	100

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість АЗПСМ, усього			Кількість ФАПів, які обслуговують понад 1000 осіб
	усього	сільська місцевість	міста	

Вінницька обл.	302	68	234	62
Дніпропетровська обл.	376	141	235	15
Донецька обл.	357	205	152	24
Одеська обл.	246	69	177	82
Полтавська обл.	315	81	234	12
м. Київ	257	–	257	–

Разом із формуванням і розвитком мережі закладів, які надають ПМСД, введено більшість штатних посад ЛЗПСЛ та їх укомплектування за рахунок навчання в інтернатурі та перепідготовки лікарів інших лікарських спеціальностей.

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість штатних посад ЛЗПСЛ			Кількість фізичних осіб ЛЗПСЛ		
	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.
Вінницька обл. (усього)	755,50	855,25	961,25	582	643	750
міста	397,00	372,00	441,25	327	328	398
сільська місцевість	358,50	483,25	520,00	255	315	352
Дніпропетровська обл. (усього)	2200,75	1061,25	1478,75	1582	715	1068
міста	1543,75	509,75	912,5	1161	368	697
сільська місцевість	657,00	551,50	566,25	421	347	371
Донецька обл. (усього)	544,25	937,75	1250,00	451	598	867
міста	387,50	650,00	865,75	285	414	635
сільська місцевість	156,50	287,75	384,25	166	184	232
Одеська обл. (усього)	718,50	914,50	1137,75	514	626	764
міста	190,25	319,75	417,25	162	236	316
сільська місцевість	528,25	594,75	720,50	352	390	448
Полтавська обл. (усього)	674,00	733,00	850,50	498	514	565
міста	367,50	376,00	475,75	305	301	355
сільська місцевість	306,75	357,00	374,75	193	213	210
м. Київ (усього)	335,75	525,50	747,25	201	353	503

Забезпеченість АЗПСМ у м. Києві становить 0,90 на 10 тис. населення, у Донецькій області: для міського населення – 0,85 на 10 тис. населення, для сільського населення – 2,82 на 10 тис. населення, у Вінницькій області: відповідно 0,79 та 2,85 на 10 тис. населення, у Полтавській області: відповідно 1,00 та 4,00 на 10 тис. населення (при нормативі, затвердженому МОЗ України, для міст – 1 амбулаторія на 10 тис. населення, для сільської місцевості – 3,30 на 10 тис. населення). Досягнення нормативу відбуватиметься поступово до 2020 року.

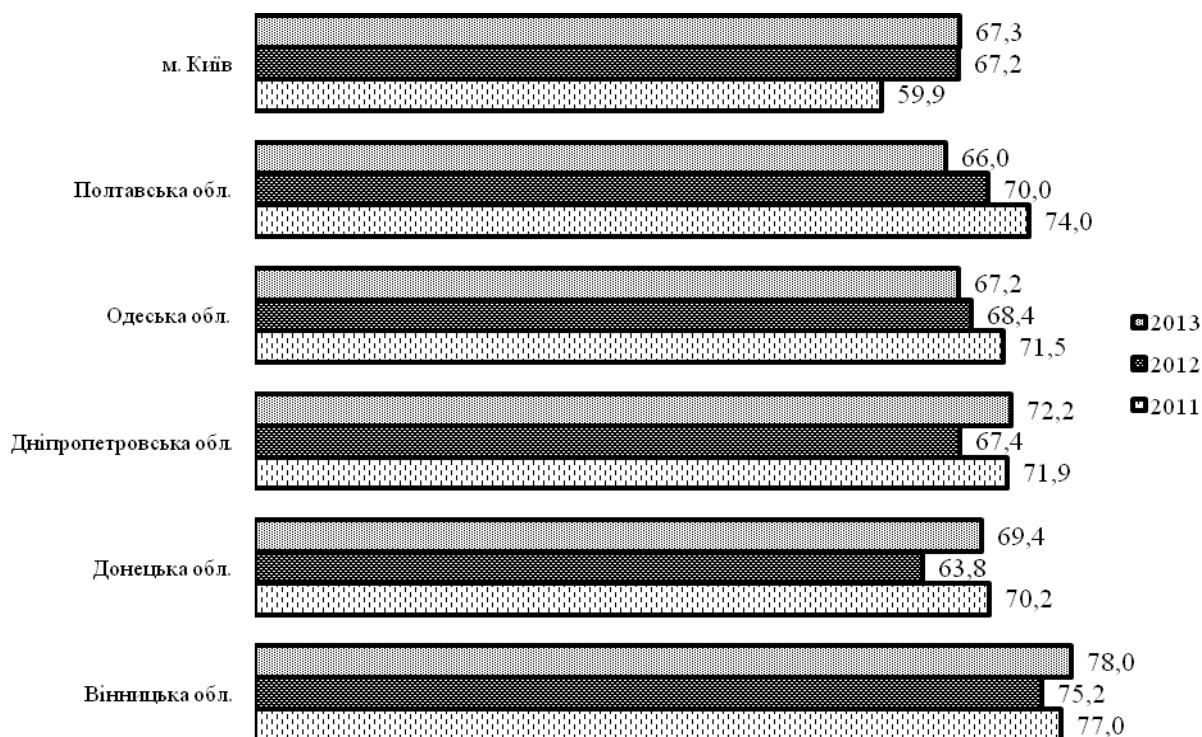


Рис. 1. Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів фізичними особами лікарями загальної практики – сімейними лікарями (усього, %)

Стан матеріально-технічного оснащення закладів ПМСД має тенденцію до поліпшення виключно в пілотних регіонах (за рахунок централізованих закупок обладнання та автотранспорту).

Адміністративно-територіальна одиниця	Відсоток амбулаторій оснащених відповідно до таблицю матеріально-технічного оснащення			Відсоток амбулаторій оснащених транспортними засобами		
	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.
Вінницька обл. (усього)	–	–	–	–	–	–
міста	–	–	–	25,00	75,70	56,50
сільська місцевість	–	–	–	65,00	60,00	60,70
Дніпропетровська обл. (усього)	26,70	33,50	40,10	58,40	91,10	99,20
міста	27,80	38,40	44,50	30,60	98,70	100,00
сільська місцевість	25,90	28,50	37,00	75,80	86,10	98,70
Донецька обл. (усього)	–	–	–	–	–	–
міста	34,30	48,70	84,00	68,70	78,10	80,20
сільська місцевість	55,50	68,20	82,00	79,30	81,80	84,00
Одеська обл. (усього)	–	–	–	–	–	–
міста	0	0	0	41,00	40,00	44,00
сільська місцевість	0	0	0	85,00	82,00	80,00
Полтавська обл. (усього)	58,60	51,80	54,00	67,00	58,00	66,00
міста	66,40	65,50	67,30	64,10	56,70	60,40
сільська місцевість	50,80	38,10	40,70	69,90	59,30	71,60
м. Київ (усього)	0	0	0	н/д*	н/д*	100,00

Досить важливим є доступність лікарських засобів для сільського населення і функціонування пунктів їх реалізації на базі СЛА та ФАПів. Їх кількість значно зросла лише в Дніпропетровській області із 43,50% до 94,80%.

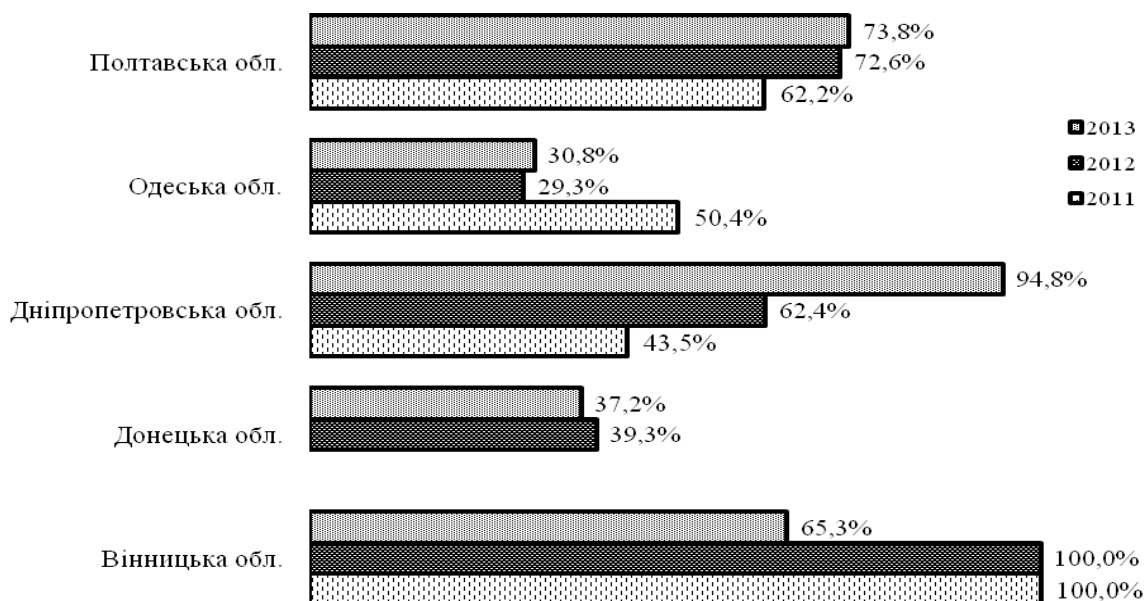


Рис. 2. Кількість фельдшерсько-акушерських пунктів, які здійснюють реалізацію лікарських засобів (%)

5. У рамках реалізації Закону України від 05.07.2012 № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу» в регіонах розроблено перспективні плани функціонування та розвитку ЕМД, затверджені обласними (у м. Києві – міською) державними адміністраціями та погоджені МОЗ України.

Створено ЦПМСД, до складу яких увійшли відокремлені структурні підрозділи – станції ШМД, підстанції, пункти постійного та тимчасового базування. Отримано ліцензії на медичну практику та роботу з наркотичними засобами. Створення єдиної системи дало змогу об'єднати розрізнені підрозділи ШМД в єдину структуру, водночас, наявність станцій ШМД як юридичних осіб, робить її більш гнучкою в управлінні і дозволяє краще використати наявний потенціал з ініціативою на місцях та значно наблизити якісну ЕМД до найбільш віддалених адміністративних одиниць.

Для поліпшення надання ЕМД у регіонах у 2013 р. розпочато створення пунктів постійного та тимчасового базування.

Формування мережі пунктів постійного та тимчасового базування (станом на 01.01.2014 р.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість існуючих пунктів постійного базування / % від запланованих	Кількість існуючих пунктів тимчасового базування / % від запланованих
Вінницька обл.	19 / 100,00%	23 / 100,00%
Дніпропетровська обл.	63 / 100,00%	36 / 100,00%
Донецька обл.	66 / 89,20%	6 / 100,00%
Одеська обл.	40 / 5,50%	1 / 100,00%
Полтавська обл.	13	10
м. Київ		25 / 100,00%

Згідно із Законом України «Про екстрену медичну допомогу», визначено нормативну кількість – 1 бригада ЕМД на 10 тис. населення. Цей показник є наближеним до нормативного у Дніпропетровській та Донецькій областях, значно нижчим за норматив – у

Полтавській області та м. Києві, незважаючи на те, що реалізація положень вищезазначеного закону розпочалась одночасно в усіх регіонах України.

Забезпеченість населення екстреною медичною допомогою (станом на 01.01.2014 р.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість бригад на 10 тис. нас.	Питома вага фельдшерських бригад ЕМД (%)	Питома вага лікарських бригад ЕМД (%)	Питома вага спеціалізованих бригад ЕМД
Вінницька обл.	0,75	59,2	33,3	7,5
Донецька обл.	0,83	46,3	42,1	11,6
Дніпропетровська обл.	0,85	64,2	32,3	3,6
Одеська обл.	0,77	50,0	41,2	8,8
Полтавська обл.	0,68	63,3	23,7	13,0
м. Київ	0,43	8,5	91,5	10,5

Нормативи своєчасності надання ЕМД визначено відповідними положеннями Закону України «Про екстрену медичну допомогу»: 10 хв. у містах і 20 хв. у сільських районах. Протягом 2011–2013 рр. ці показники поступово зросли в усіх регіонах (як у містах, так і в сільській місцевості).

Своєчасність надання екстреної медичної допомоги

Адміністративно-територіальна одиниця	Загальна кількість викликів ЕМД			Відсоток викликів ЕМД з доїздом у визначений нормативом час		
	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.
Вінницька обл. (усього)	435631	420176	367436	–	–	–
міста	330353	326055	279512	83,90	86,40	88,70
сільська місцевість	105278	94221	87924	72,80	79,60	83,60
Дніпропетровська обл. (усього)	958527	880710	862494	–	–	–
міста	862920	753785	721441	92,10	92,70	91,30
сільська місцевість	95607	126925	141053	91,40	92,60	90,20
Донецька обл. (усього)	1104985	1041209	1023128	84,90	85,20	86,10
міста	1019671	937890	923158	86,10	85,00	86,10
сільська місцевість	85314	103319	99970	80,10	86,70	84,80
Одеська обл. (усього)	582666	582057	568092	–	–	–
міста	473963	469521	445856	89,00	90,20	91,80
сільська місцевість	108703	112536	122236	76,00	79,50	н/д
Полтавська обл. (усього)	447465	441256	334920	–	–	–
міста	370108	361680	261043	82,70	82,00	98,50
сільська місцевість	77357	79576	73877	90,20	89,60	97,90
м. Київ (усього)	418662	444285	485048	50,90	54,30	85,90

6. Структурна перебудова мережі ЗОЗ для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в регіонах проведена за етапами.

Розроблено проекти модернізації стаціонарних закладів області, які планується включити до складу майбутніх госпітальних округів, на підставі даних аналізу матеріально-технічного стану, кадрового забезпечення ЗОЗ регіону.

Проведено аудит стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги згідно з наказом МОЗ України від 17.08.2012 № 637 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо порядку проведення аудиту стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги».

Здійснено інвентаризацію обладнання в ЗОЗ, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, відповідно до постанови КМУ від 14.09.2013 № 711 «Про затвердження Порядку проведення інвентаризації обладнання в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу» та наказу МОЗ України від 28.10.2013 № 918.

На підставі результатів самоаналізу кожним ЗОЗ вторинного рівня підготовлено перспективні плани розвитку.

Розроблено та затверджено обласними (у м. Києві – міською) державними адміністраціями плани-схеми госпітальних округів і плани перспективного розвитку закладів охорони здоров'я (ЛПЛ) з урахуванням положень постанови КМУ від 24.10.2012 № 1113, якою затверджено порядок створення госпітальних округів.

На підставі базових критеріїв (кількість і щільність населення, що обслуговується госпітальним округом, радіус території обслуговування), з огляду на стан матеріально-технічної бази ЗОЗ у кожній окремо взятій адміністративно-територіальній одиниці регіону та стан доріг, транспортні сполучення між ЗОЗ, встановлено, що створення госпітальних округів обумовлює певну етапність, яка залежить від усунення несприятливих чинників і вирішення проблем щодо відповідності матеріально-технічної бази ЗОЗ вторинного рівня (будівель та їх матеріального оснащення) існуючим стандартам. До впровадження кожного з етапів створення госпітальних округів, усі ЗОЗ мають залишатися у статусі ЦРЛ.

Подальша структурна реформа вторинної медичної допомоги дасть змогу зменшити вплив надмірної децентралізації та фрагментацію фінансових потоків на фінансування закладів, які її надають. Адже, крім закладів, що знаходяться в системі МОЗ України, існує низка паралельних медичних служб інших міністерств і відомств, що, своєю чергою, у деякій мірі може приводити до розпорошення фінансових ресурсів і дублювання в наданні вторинної медичної допомоги.

Усі зміни в структурі ліжкового фонду здійснюються з урахуванням потреб населення в медичній допомозі і не перешкоджають наданню допомоги та роботі лікарняних ліжок.

Динаміка забезпеченості населення лікарняними ліжками у 2011–2013 рр. (на 10 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Динаміка скорочення (%)
	2011	2012	2013	
Вінницька обл.	79,80	75,37	64,10	19,67
Дніпропетровська обл.	79,00	77,73	68,80	12,91
Донецька обл.	85,00	83,97	74,90	11,88
Одеська обл.	79,30	76,85	68,70	13,37
Полтавська обл.	82,20	81,52	70,70	13,99
м. Київ	76,60	74,15	71,20	7,05

7. У рамках Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» в регіонах оптимізовано перинатальну службу. Проведення централізації акушерської допомоги в регіонах дало змогу сконцентрувати пологи в найпотужніших пологових центрах, де зосереджений належний кадровий та матеріально-технічний потенціал. Результатом регіоналізації перинатальної допомоги стало

впровадження алгоритмів дій на всіх рівнях надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим відповідно до ризиків, наявності екстрагенітальної та акушерської патології.

За три роки найбільше зниження показників малюкової смертності відмічено у Вінницькій області (на 24,10%), Дніпропетровській області (на 20,00%) та Полтавській області (на 9,80%). В інших областях даний показник відносно сталий, а в м. Києві виявлено незначне збільшення (на 1,80%), проте смертність немовлят на 1000 народжених живими без іногородніх у м. Києві порівняно з 2011 р. зросла на 4,80%.

8. В умовах реформування галузі охорони здоров'я фінансування ЗОЗ пілотних регіонів здійснюється за кодами економічної класифікації та частково програмно-цільовим методом, який передбачає складання і виконання бюджету в розрізі бюджетних програм. У не пілотних регіонах фінансування проводиться відповідно до норм Бюджетного кодексу України.

У ході реформування галузі охорони здоров'я та поступового запровадження нових фінансових механізмів фінансування значно зростає частка витрат із зведеного бюджету, що виділяється на фінансування ПМСД і видатки на надання ПМСД у розрахунку на одного жителя. У 2010 р. для надання ПМСД, у середньому, видатки із зведеного бюджету становили 8,00–10,00%, станом на 2013 р. цей показник коливався від 25,00% до 12,40%.

Фінансове забезпечення первинної ланки надання медичної допомоги

Адміністративно-територіальна одиниця	Видатки на надання ПМСД у розрахунку на одного жителя (грн)	Відсоток витрат на ПМСД від зведеного бюджету (загальний бюджет та спеціальний фонд)	Відсоток витрат на ПМСД загального фонду зведеного бюджету	Відсоток витрат на ПМСД спеціального фонду зведеного бюджету
Вінницька обл.	218,63	22,40	21,70	29,30
Дніпропетровська обл.	237,80	18,53	19,16	6,10
Донецька обл.	200,00	18,60	16,60	2,00
Одеська обл.	147,90	25,00	25,00	–
Полтавська обл.	136,20	12,40	13,20	2,40
м. Київ	184,89	13,60	14,30	5,00

9. Позитивні результати реформи:

1. Сформована мережа закладів, які надають первинну медичну допомогу (ПМД) шляхом процесів розмежування первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги та створення центрів ПМСД зі статусом юридичних осіб. У 2013 р. функціонувало 186 ЦПМСД порівняно з 2011 р. їх чисельність зросла на 27 од. (з 159 у 2011 р. до 186 у 2013 р.).

У 2013 р. в м. Києві створено 19 центрів ПМСД у непілотних районах міста (крім Дарницького і Дніпровського районів, в яких у 2012 р. створено 9 таких закладів). Також змінилася чисельність центрів ПМСД у Вінницькій області (у містах їх кількість зменшилася на 2 од.). Спостерігається позитивна тенденція до формування мережі амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (ЗП-СМ) для забезпечення фізичної доступності населення до первинної медичної допомоги.

2. У Дніпропетровській та Донецькій областях більшість центрів ПМСД створено в містах, у Вінницькій – у сільських районах. Це пов'язано з адміністративно-територіальним устроєм цих областей та географічними особливостями розселення населення.

Особливістю створення та функціонування центрів ПМСД у м. Києві є їх господарський статус – у формі комунальних неприбуткових підприємств, які в своїй діяльності керуються вже нормами та положеннями Господарського кодексу України. В інших пілотних регіонах центри ПМСД створені та функціонують як бюджетні установи, тобто відпрацьовано різні підходи щодо створення та функціонування таких закладів.

3. Намітилися певні позитивні зрушення щодо поліпшення рівня кадрового забезпечення:

– у Дніпропетровській області чисельність ЛЗП/СЛ зросла з 404 у 2011 р. до 1068 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 1,22 у 2011 р. до 3,20 у 2013 р.;

– у Донецькій області чисельність ЛЗП/СЛ зросла з 452 у 2011 р. до 867 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 1,03 у 2011 р. до 2,03 у 2013 р.;

– у Вінницькій області чисельність ЛЗП/СЛ зросла з 607 у 2011 р. до 750 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 3,73 у 2011 р. до 4,63 у 2013 р.;

– у м. Києві чисельність ЛЗП/СЛ зросла з 241 у 2011 р. до 503 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 0,87 у 2011 р. до 1,8 у 2013 році.

4. Безпосередньо сімейними лікарями надавалася первинна медична допомога 86,80% населення Вінницької області, 59,40% Дніпропетровської, 43,20% Донецької; 38,60% м. Києва.

5. Відмічається значне покращення рівнів оснащення центрів ПМСД транспортними засобами, комп'ютерами відповідно до таблиця матеріально-технічного оснащення як у містах, так і сільських районах.

6. Перехід до обслуговування пацієнтів з 1 січня 2013 р. лікарями первинної ланки, обраними самими пацієнтами сприяє формуванню, з одного боку, партнерських відносин між лікарем і пацієнтом, з іншого – конкуренції між лікарями у боротьбі за пацієнта. Поряд з цим відновлюється система формування раціональних маршрутів пацієнтів шляхом використання системи направлень пацієнтів лікарем первинної ланки при необхідності отримання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

7. Здійснюється реалізація нового механізму виплати медичним працівникам первинної ланки надбавок за обсяг і якість виконаної роботи за кошти відповідної субвенції з Державного бюджету.

Середній розмір заробітної плати у 2013 році лікарів з урахуванням надбавок за обсяг та якість коливався від 4456 грн у Дніпропетровській до 5363 грн у м. Києві, молодших медичних працівників із медичною освітою – відповідно 3439 і 4876 грн. За підсумками 2013 року середня заробітна плата лікаря, який надавав ПМСД населенню в пілотних регіонах, перевищувала до 50% її рівень в цілому по галузі (*середня заробітна плата лікарів у 2013 р. – 3573 грн*).

8. У 2013 році були врегульовані питання оплати праці керівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, та їх заступникам в частині встановлення надбавки за якість виконаної роботи, а також медичним працівникам таких

закладів, які забезпечують збір та обробку інформації, необхідної для визначення показників якості.

9. Щодо доступності лікарських засобів для сільського населення, у звітному році у Дніпропетровській і Вінницькій областях збільшено мережу пунктів реалізації лікарських засобів (Дніпропетровська – 94,8%; Вінницька – 65,3% від їх загальної чисельності), у Донецькій – мережа сільських лікарських амбулаторій і ФАПів, які мали пункти реалізації лікарських засобів, скоротилася порівняно з 2012 р. на 10,5% і становила 37,1%

Дані щодо доступності лікарських засобів для сільського населення

Показник	Дніпропетровська	Донецька	Вінницька
Кількість сільських лікарських амбулаторій і ФАПів, які мають пункти реалізації лікарських засобів, абс. чисельність	621	215	786
Загальна кількість сільських лікарських амбулаторій і ФАПів, абс. чисельність	655	580	1204
Питома вага сільських лікарських амбулаторій і ФАПів, які мають пункти реалізації лікарських засобів у загальній кількості лікарських амбулаторій і ФАПів, у відсотках	94,8	37,1	65,3

10. За даними моніторингу у 2013 р. квартири було виділено у всіх пілотних регіонах, за виключенням Вінницької області, де у містах квартири не виділялися.

Дані щодо забезпечення медичних працівників ПМСД житлом

Показник	Дніпропетровська		Донецька		Вінницька		м. Київ
	сільські райони	міста	сільські райони	міста	сільські райони	міста	
Кількість лікарів ПМСД не забезпечених житлом, всього	22	22	5	6	37	4	141
Кількість молодших медичних працівників з медичною освітою у закладах ПМСД не забезпечених житлом, всього	27	20	2	17	75	11	94
Кількість виділених квартир для вказаної категорії, од.	4	10	4	5	4	0	5

11. Здійснювалася робота щодо створення пулів фінансових ресурсів шляхом об'єднання коштів на третинну, вторинну та екстрену медичну допомогу на рівні обласних бюджетів (Дніпропетровська область - переважно всі заклади ВМД передано на обласний бюджет, Вінницька область – райони передали свої заклади ВМД на обласний рівень, за винятком є м. Вінниця, Донецька область – не відбулось передачі закладів ВМД на обласний рівень, в результаті заклади залишилися на тому рівні, на якому вони були традиційно, для м. Києва – це питання не було актуальним, оскільки вся система надання як первинної, так і вторинної та екстреної медичної допомоги фінансується з міського бюджету).

12. Забезпечувалося виконання заходів щодо своєчасності надання ЕМД. Зокрема у: Дніпропетровській області 90,20% викликів ЕМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хв.; у містах 91,30% викликів ШМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін; Донецькій – 84,80% викликів ШМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хв.; у містах 86,10% викликів ШМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін; Вінницькій – 83,60% викликів ШМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хв.; у містах 88,70% викликів ШМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін; м. Києві – 87,00% екстрених викликів швидкої медичної допомоги забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін.

13. Центри ЕМД та медицини катастроф функціонували у всіх пілотних регіонах та у м. Києві. Тривало створення оперативно-диспетчерської служби у Дніпропетровській, Донецькій та Вінницькій областях.

14. Парк автомобілів швидкої медичної допомоги у пілотних регіонах на початок 2014 року налічував 1177 одиниць, при цьому тільки 57% були забезпечені радіозв'язком і навігаційними приладами (від 100% у м. Києві до 40,6% у Вінницькій області).

15. Забезпечувалося виконання заходів щодо своєчасності надання ШМД. Зокрема у :
– у Дніпропетровській області 90,2% викликів швидкої медичної допомоги у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хвилин; у містах 91,3% викликів швидкої медичної допомоги забезпечено з доїздом до пацієнта у 10 хвилинний термін;

– Донецькій – 84,8% викликів швидкої медичної допомоги у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хвилин; у містах 86,1% викликів швидкої медичної допомоги забезпечено з доїздом до пацієнта у 10 хвилинний термін;

– Вінницькій – 83,6% викликів швидкої медичної допомоги у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хвилин; у містах 88,7% викликів швидкої медичної допомоги забезпечено з доїздом до пацієнта у 10 хвилинний термін;

– м. Києві – 87,0% екстрених викликів швидкої медичної допомоги забезпечено з доїздом до пацієнта у 10 хвилинний термін.

Питома вага викликів екстреної (швидкої) медичної допомоги становила у Дніпропетровській області 64,8 на 1000 населення, Донецькій – 232,7 на 1000 населення; Вінницькій – 227 на 1000 населення; м. Києві – 169,7 на 1000 населення.

16. Зросли видатки на фінансування надання населенню ПМД (відповідно на рівні 17,5–22,40% від видатків зведеного бюджету (загальний бюджет і спеціальний фонд).

17. Для надання гнучкості у використанні фінансових ресурсів при переході від фінансування за кошторисами до фінансування за скороченою економічною класифікацією видатків бюджету внесено зміни до постанови Кабінету Міністрів України прийнято постанову від 08.02.2012 №86 "Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ". Зазначені зміни дали можливість фінансувати заклади охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу у пілотних регіонах за двома кодами економічної класифікації видатків: КЕКВ 1172 "Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку" та КЕКВ 2410 "Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)".

Постановою Кабінету Міністрів України від 19 червня 2013 року № 465 "Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ") передбачається запровадити з 1 січня 2014 року порядок фінансування за двома кодами економічної класифікації видатків у закладах охорони здоров'я пілотних регіонів, які надають вторинну та екстрену медичну допомогу, а також у закладах, що надають первинну медичну допомогу на всій території України.

18. Для чіткого розмежування видатків бюджетних установ та одержувачів бюджетних коштів за економічними характеристиками операцій, які здійснюються відповідно до функцій держави та місцевого самоврядування та забезпечення єдиного підходу до всіх учасників бюджетного процесу з точки зору виконання бюджету за пропозиціями МОЗ України, Міністерством фінансів України видано наказ від 12.03.2012 №333 "Про затвердження Інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету", зареєстрований у Міністерстві юстиції України 27.03.2012 за № 456/20769.

19. З метою складання та виконання місцевих бюджетів за програмно-цільовим методом МОЗ України спільно з Мінфіном затверджено наказ від 21.09.2012 №728/1015 "Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та їх результативних показників у галузі "Охорона здоров'я" для пілотних регіонів", який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 25.09.2012 за № 1650/21962. Порівняльний аналіз виконання бюджетної програми "Первинна медична допомога населенню" у 2012 році на рівні пілотних регіонів дозволив співставити ефективність їх виконання у та оцінити за бальною шкалою як "високу" (225 балів) у Донецькій, "середню" – Вінницькій та Дніпропетровській областях (відповідно 198,5 та 200 балів).

20. Модель модернізації первинної допомоги, яка сьогодні запроваджується в Україні, повною мірою відповідає принципам, вимогам і критеріям, виробленим для ефективного функціонування первинної медичної допомоги в світі і включає низку компонентів: юридичне та структурне розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; формування розгалуженої та відповідно оснащеної інфраструктури ПМСД; запровадження системи надання первинної медичної допомоги за сімейним принципом та контрольно-пропускної системи (принцип "воротаря") для формування оптимального маршруту пацієнта, вільного вибору пацієнтом лікаря первинної ланки; фінансування закладів первинної медичної допомоги з міських та районних бюджетів за подушним принципом; оплата праці медичного персоналу первинної ланки, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи.

21. Фінансово-економічні механізми, які відпрацьовуються на рівні пілотних регіонів, зокрема перерозподіл ресурсів між закладами охорони здоров'я, що надають первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену медичну допомогу, розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров'я за видами медичної допомоги і формування більш потужних пулів для фінансування медичної допомоги населенню, запровадження стратегічних заповідей медичної допомоги на основі договорів, застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги, відповідають даним найкращого світового досвіду, який базується на фактичних даних з питань здоров'я, що містяться в

мережі Health Evidence Network - HEN та Європейській мережі ВООЗ з науково обґрунтованої політики (EVIPNet), інших базах фактичних даних міжнародних організацій (ВООЗ, Світового банку, ООН).

22. Окремі показники якості та ефективності надання медичної допомоги.

Найвищий рівень показника питомої ваги хворих з занедбаними формами злоякісних новоутворень серед кількості всього хворих з візуальними формами злоякісного новоутворення, взятих на облік у звітному році з вперше встановленим діагнозом, у Донецькій області (19,2%), найнижчий – Вінницькій (5,6%).

Найвищі рівні показника питомої ваги хворих на занедбані форми (фіброзно-кавернозний) туберкульозу серед усіх форм туберкульозу легень у Донецькій (2,5%) та Вінницькій (1,8%) областях.

Показник проведених оперативних втручань в стаціонарах на 10 тис. населення практично однаковий у всіх пілотах (на рівні 593,4 – 597,7 на 10 тис. населення).

Відносно кількості проведених оперативних втручань в стаціонарах, при наданні термінової хірургічної допомоги на 10 тис. населення, то величина цього показника найвища у м. Києві (38,2%) та Дніпропетровській області (31,67%).

Окремі показники ефективності та якості медичної допомоги

Показник	Дніпропетровська	Донецька	Вінницька	м. Київ
	2013	2013	2013	2013
Кількість прикріпленого населення на одного лікаря, який надає первинну медичну допомогу (дільничного терапевта, дільничного педіатра, лікаря загальної практики-сімейного лікаря).	2126	2225	1754	2003
Питома вага кількості хворих з занедбаними формами злоякісних новоутворень серед кількості всього хворих з візуальними формами злоякісного новоутворення, взятих на облік у звітному році з вперше встановленим діагнозом.	15,6	19,2	5,9	16,5
Питома вага хворих на занедбані форми (фіброзно-кавернозний) туберкульозу серед усіх форм туберкульозу легень.	1,4	2,5	1,8	0,4
Кількість проведених оперативних втручань в стаціонарах на 10 тис. населення по області	597,7	н/д	597,3	593,4
Кількість проведених оперативних втручань в стаціонарах, при наданні термінової хірургічної допомоги на 10 тис. населення по області	31,67	н/д	28,5	38,2

10. Загальними проблемами реалізації ходу реформування сфери охорони здоров'я в регіонах є:

– недосконалість чинної нормативно-правової бази щодо фінансування охорони здоров'я внаслідок невизначеності гарантованого рівня медичної допомоги, яка надається безоплатно, та відсутності єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг і розподілу обсягу фінансування між первинним та третинним рівнями медичної допомоги в загальному обсязі фінансування на 1 мешканця;

- недостатній рівень фінансування галузі та фінансової підтримки реформи;
- ЗОЗ працюють в умовах неукomплектованості штатних посад фізичними особами як лікарів, так і молодших спеціалістів із медичною освітою; недостатнього устаткування сучасним обладнанням, автомобільним транспортом тощо;
- недостатній рівень використання інформаційних технологій через низький рівень поширення локальних мереж у ЗОЗ, неефективного використання сучасних комп'ютерних технологій, низький рівень володіння медичними працівниками (1–20%), практичними навиками роботи з комп'ютерною технікою;
- недостатній рівень готовності управлінців всіх рівнів управління до роботи в нових умовах, передусім для забезпечення скоординованої роботи ЗОЗ, що надають первинну та вторинну медичну допомогу, організації нових медичних маршрутів пацієнтів з урахуванням їх поведінкових стереотипів;
- вкрай недостатнє інформаційно-комунікаційне забезпечення реформи на центральному і місцевому рівнях.

11. Загальні висновки:

Використовувати статистичні дані щодо захворюваності, смертності інвалідності та інших об'єктивних статистичних індикаторів діяльності галузі охорони здоров'я на цьому етапі реформи некоректно з наукової точки зору, бо доведено, що зміни у цих показниках настають мінімум через 5 років. На цьому етапі коректними є показники структури і процесу, які наведені у аналітичній довідці та демонструють позитивну динаміку.

Напрацювання пілотних та непілотних регіонів України щодо реформування первинної та екстреної медичної допомоги в цілому є позитивними та такими, що відповідають перспективним напрямкам розвитку галузі які витікають з рекомендацій ВООЗ та Світового банку (об'єднання пулів коштів, структурно-функціональне визначення ПМД і ВМД та обсягів/пропорцій їх фінансування, впровадження інтегрованого надання первинної медичної допомоги, застосування нових ефективних методів фінансування та оплати праці, законодавче закріплення права пацієнта на вибір лікаря первинної ланки та система направлень до закладів, що надають ВМД тощо)

Практичні кроки з реформування ВМД обмежились лише створенням регіональних пулів коштів ВМД та моделюванням спеціалізації закладів у межах госпітальних округів, контури яких були визначені надто компромісно.

Проблеми реалізації пов'язані передусім з недофінансуванням галузі та невизначеністю гарантованого рівня медичної допомоги, недостатнім фінансуванням безпосередньо заходів реформи, недосконалим кадровим забезпеченням, передусім лікарями для первинної ланки ОЗ, низькою якістю менеджменту на усіх рівнях, низьким півнем інформатизації галузі та недостатнім інформаційно-комунікаційним забезпеченням.

Пропозиції:

Термін дії Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» з метою напрацювання досвіду щодо реформування вторинної медичної допомоги та подальшого відпрацювання взаємодії між закладами ПМД та ВМД необхідно продовжити до 2017 року.

Скасувати Закон України "Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я", як такий, що порушує визначені законом права місцевого самоврядування та обмежує можливості реорганізації закладів у відповідності до потреб населення (відповідний законопроект подано МОЗ до Мін'юсту України).

Завершити формування центрів ПМСД в Україні до кінця 2014 року (на сьогодні сформовано 70% ЦПМСД), звернувши особливу увагу на добір та підготовку керівних кадрів для первинної ланки охорони здоров'я.

Поступово поширити фінансування за спрощеною системою (за 2-ма кодами економічної класифікації) на усі види медичної допомоги на усій території України.

Вишукати можливість для інвестування послідовної побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на пріоритетних напрямках: ПМД, ЕМД, формування інфраструктури лікарень інтенсивного лікування (у т.ч. шляхом введення цільових акцизів та за механізмом державно-приватного партнерства) у межах адміністративних територій (районів/округів), створення яких передбачено при реформуванні місцевого самоврядування, а також на інформатизацію галузі.

Підвищити якість підготовки спеціалістів для первинної ланки охорони здоров'я на додипломному і післядипломному етапах шляхом затвердження оновлених програм підготовки лікарів та медсестер загальної практики-сімейної медицини на компетентісній основі з акцентом на оволодінні практичними навиками та впровадити їх в практику навчання.

Вишукати можливість цільового фінансування заходів з вивчення громадської думки та інформаційно-комунікаційного забезпечення побудови нової національної системи охорони здоров'я.

Розробити концепцію подальшого розвитку системи ОЗ (управління, фінансування, кадрове забезпечення, інформатизація, громадська охорона здоров'я тощо), провести її широке громадське обговорення та подати на розгляд Уряду України, а також план дій з її реалізації. У плані дій передбачити конкретні заходи щодо законодавчого забезпечення розвитку системи охорони здоров'я.