

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: УКРАЇНСЬКИЙ ВИМІР

В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко (Київ, Дніпропетровськ)
Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
Дніпропетровська державна медична академія

Резюме. Матеріал підготовлено на основі кращого вітчизняного та зарубіжного досвіду в реформуванні систем охорони здоров'я з урахуванням особливостей законодавства і організації надання медичної допомоги в Україні, досвіду і результатів апробації управлінських новацій на різних рівнях надання медичної допомоги. Охарактеризовано сучасний стан системи охорони здоров'я України, висвітлено проблеми і недоліки на сучасному етапі її функціонування. Обґрунтовано шляхи реформування системи охорони здоров'я з точки зору підвищення ефективності діяльності і фінансування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги. Подано моделі щодо реструктуризації галузі для структурних реформ державного сектору охорони здоров'я, визначено етапи їх проведення.

Ключові слова: реструктуризація, структурні реформи, сектор охорони здоров'я, ефективність, фінансування.

ВСТУП

Сьогодні існують незаперечні докази, що здоров'я населення є одним з найважливіших (навіть важливішим за освіту) чинників розвитку економіки будь-якої країни та добробуту населення (Світовий банк, 1993, Комісія Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з макроекономіки та здоров'я, 2008).

За останні півстоліття здатність системи охорони здоров'я впливати на здоров'я населення зростає у декілька разів. За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я має забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільш потребує, характеризуватися високою якістю і безпечністю медич-

Таблиця 1

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

Показник	Україна	ЄС
Смертність, на 1000 населення	16,30	9,69 ^{а)}
Очікувана тривалість життя, (років), в тому числі:	68,10	79,13 ^{а)}
Очікувана тривалість життя чоловіків (років)	62,44	76,01 ^{а)}
Очікувана тривалість життя жінок (років)	73,84	82,16 ^{а)}
Очікувана тривалість здорового життя (років)	59,20	67,0
Природний приріст населення (на 1000 населення)	-5,70	+0,90 ^{а)}
Захворюваність на туберкульоз (на 100 000 населення)	82,44	15,48 ^{а)}
Смертність від туберкульозу (на 100 000 населення)	21,29	1,07 ^{а)}
Захворюваність на СНІД (на 100 000 населення)	9,73	1,37 ^{б)}
Захворюваність на ВІЛ (на 100 000 населення)	28,44	5,74 ^{б)}

Примітка. * – джерело: Центр медичної статистики МОЗ України, 2009 р., Європейська база даних «Здоров'я для всіх» а) – 2007 р.; б) – 2006 р.

Запобіжна смертність населення віком 25–64 роки в Україні (на 100 000 населення)*

Група причин	Чоловіки			Жінки		
	випадків смертності на 100 000 населення					
	1995 р.	2006 р.	динаміка	1995 р.	2006 р.	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
Усього	916,9	819,8	–10,6	288,7	268,2	–7,1%

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

них послуг та забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні [9]. Сьогодні, за даними ВООЗ, система охорони здоров'я за умови її ефективної організації може забезпечити зниження рівня загальної смертності населення віком до 75 років – на 23% у чоловіків і на 32% у жінок; смертності від ішемічної хвороби серця – на 40–50% [11].

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

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 серед населення працездатного віку цілком залежала від немедичної профілактики (I група причин). Водночас смертність від причин, які можливо нейтралізувати діями системи охорони

здоров'я не змінилася або навіть зросла [6]. 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).

Частина I. СТАН СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Провідною проблемою української охорони здоров'я, як свідчить аналіз вітчизняних і міжнародних експертів, є невідповідність діючої в Україні старої радянської моделі охорони здоров'я (моделі Семашко), призначеної для функціонування в умовах планової економіки, сучасним реаліям [7].

Недоліки існуючої в Україні моделі охорони здоров'я передусім проявляються в:

- 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 зумовлює 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, яка 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 суперечністю дій.

Характеристика основних проблем існуючої системи охорони здоров'я в Україні

1. Недоліки у фінансуванні 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 з державних та недержавних джерел фінансування в Україні є одним з найгірших в Європі.

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 обсягу фінансування галузі (за даними Світового банку – 2,3–3% ВВП) [16]. Такі фінансові інструменти, як добровільне медичне страхування та лікарняні каси, істотного впливу на обсяги фінансування не мають. Переважає пряма оплата послуг населенням. Громадяни власним коштом 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 виразних спроб держави пом'якшити негативні наслідки цього процесу для населення.

Нерівність. Все це приводить 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 насамперед групи населення з низьким доходом і сільських жителів.

В цілому, за оцінками Світового банку, платежі населення за медичні послуги в Україні більш регресивні, ніж в інших країнах Європейського регіону, 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 по підлеглості медичними закладами, створює умови для неефективного використання наявних ресурсів: потужності і робота медичних закладів різного рівня частково дублюють один одного. Водночас оптимізація потоків пацієнтів і структури медичного обслуговування стикається з важко вирішуваною проблемою відповідного перерозподілу обсягів фінансування медичних установ між бюджетами. Фінансові ресурси в охороні здоров'я дезінтегровані, передусім через надмірну фрагментацію коштів, які 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 Міністерства охорони здоров'я (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, що виділяється на охорону здоров'я. Наявність відомчих систем охорони здоров'я також зумовлює підтримку дублюючих один одного потужностей медичних установ і відповідно неефективне використання державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я.

Внаслідок фрагментація пулів фінансових коштів і дублювання послуг охорони здоров'я не дають змоги оптимізувати процес надання медичної допомоги і зумовлюють «виживання» 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 і неефективної інфраструктури (зокрема, шляхом невиправданого збільшення числа амбулаторних консультацій, необґрунтованих госпіталізацій, подовження термінів госпіталізації тощо). Обсяг 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 разу; із зарплатою в промисловості – в 1,8 разу). Порівняно із сусідніми країнами Центральної та Східної Європи і навіть СНД рівень зарплати вищий в 5–10 разів. Оплата праці медичного та іншого персоналу проводиться на основі ставок (посадових окладів), які практично не диференціюються залежно від спеціальності і характеру виконуваної роботи. В переважній

більшості випадків робота персоналу в установах охорони здоров'я оплачується лише за відпрацьований час, без реального врахування обсягів, якості і ефективності роботи того або іншого співробітника. Преміювання і встановлення будь-яких надбавок до зарплати (окрім доплати за часткове заміщення вакантних штатних посад, надбавок за стаж і кваліфікаційну категорію, що є обов'язковими) зустрічаються досить рідко передусім через дефіцит фінансування і проводяться за відсутності чітких критеріїв, що позбавляє більшість працівників стимулів до ефективнішої та якіснішої роботи.

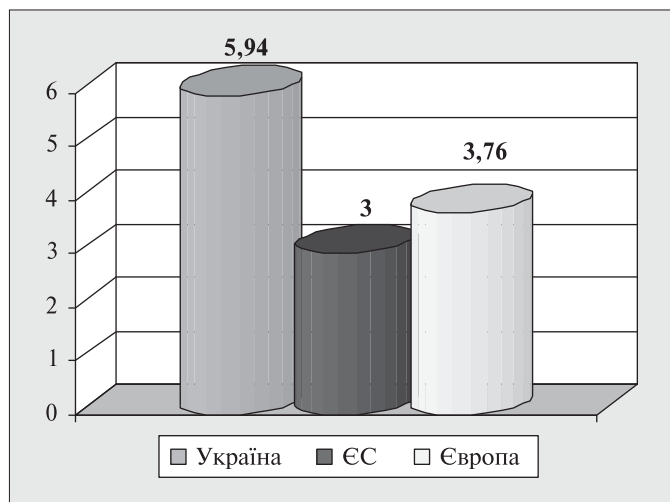
Такі рівні оплати праці не можуть залучити і тим більше утримати кадри, особливо молоді, в системі охорони здоров'я. Як наслідок, останніми роками склалася ситуація, яка характеризується значними масштабами переходу медичних працівників до інших секторів економіки або еміграції, частіше до сусідніх європейських країн. Ще однією перешкодою для впровадження ефективніших форм організації оплати праці персоналу є відсутність правових можливостей використання в медичних установах контрактної форми трудового договору. Тим часом використання саме цього інструменту стимулювало б вироблення чітких критеріїв оцінки діяльності кожного працівника і забезпечило б більш прозоре регулювання взаємних зобов'язань адміністрації і співробітників, у тому числі і щодо методів, і щодо підходів до оплати праці.

У цілому існуюча система фінансування охорони здоров'я не забезпечує результативного захисту населення від фінансових ризиків, пов'язаних з необхідністю оплати медичних послуг у разі захворювання [18], та не сприяє ефективному використанню ресурсів системи.

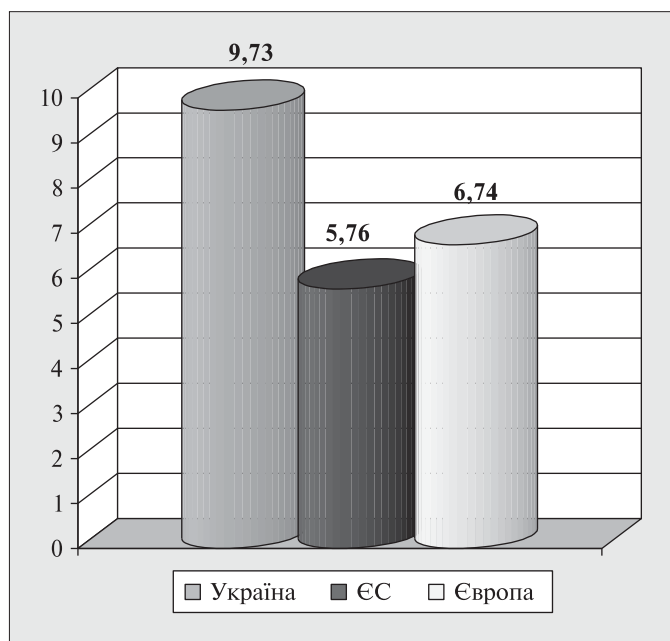
2. Неefективність структури медичного обслуговування

Як свідчать матеріали низки досліджень, головною перешкодою для кращого функціонування системи охорони здоров'я в Україні є неefективність 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 і вторинної допомоги. До виконання функцій первинної допомоги фактично залучаються всі спеціалісти поліклініки, що призводить до надмірного використання спеціалізованої амбулаторної допомоги. Із загального числа позалікарняних закладів МОЗ близько половини (56,2%) призначені для надання виключно первинної медичної допомоги (сільські та міські лікарські амбулаторії, амбулаторні відділення сільських дільничних лікарень (СДЛ)), 28,1% надають і первинну і вторинну амбулаторну допомогу (поліклініки, поліклінічні відділення міських лікарень для дорослого та дитячого населення, центральних районних



Число стаціонарів на 100 000 населення



Число лікарняних ліжок на 10 000 населення

Рис. 1. Мережа лікарняних закладів і забезпеченість ліжками в Україні

лікарень (ЦРЛ)). Лише 27% фахівців первинної ланки становлять лікарі загальної практики / сімейні лікарі [2].

Первинна ланка практично не впливає на «медичний маршрут» пацієнта. Самостійно звертаються до лікарів-спеціалістів майже третина (29,5%), до стаціонарів 16,9% пацієнтів. Як наслідок, рівень обслуговування в 65,9% випадків не відповідає важкості їх стану та перебігу захворювання, в 43,2% медична допомога надається на вищих, ніж необхідно, рівнях.

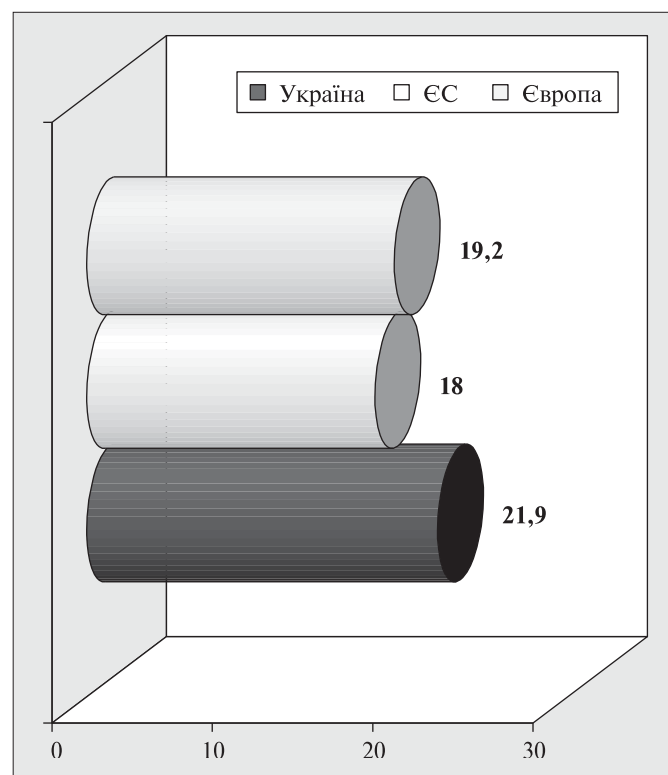
Надлишкова кількість стаціонарних закладів та лікарняних ліжок. Чисельність стаціонарів більше ніж удвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості (рис. 1). Частка малопотужних лікарень до 50 ліжок у загальній чисельності всіх лікарень становить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

Як відомо, створені в охороні здоров'я потужності, навіть надлишкові, утилізуються (закон Ремера – Roemer's Law – «створене лікарняне ліжко не залишиться незайнятим») [12], що підтверджується статистичними даними стосовно використання стаціонарної допомоги: в Україні рівень (21,9%) і тривалість госпіталізації (13,3 днів) істотно перевищують середньоєвропейські показники (19,2% та 10,4 днів) та показники в країнах ЄС (18,0% та 9,2 днів) [3] (рис. 2). Від 30 до 50% пацієнтів госпіталізується необґрунтовано [5;8].

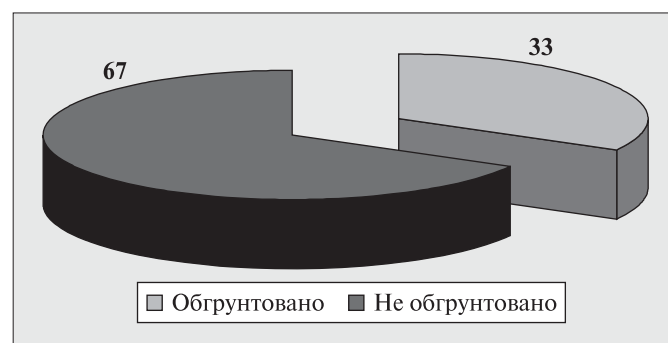
Надмірна спеціалізація лікарень. Вторинна медична допомога надається переважно багатопрофільними міськими та районними лікарнями. Водночас існує також широка мережа психіатричних, протитуберкульозних, дермато-венерологічних, офтальмологічних та інших лікарень, що негативно впливає на комплексність медичної 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. В стаціонарах вторинного рівня на одному і 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 обґрунтовано госпіталізованих до стаціонарів терапевтичного профілю 62,8% потребують інтенсивного лікування, 23,3% – планового, 8,9% – медико-соціальної допомоги, 1,8% – відновного лікування.

Слабкі функціональні відмінності у лікарень вторинного та третинного рівнів. За визначенням, третинна медична допомога – це забезпечення великим медичним центром (зазвичай таким, що обслуговує регіон або усю країну та оснащений складним технологічним і допоміжним устаткуванням) надання високоспеціалізованих медичних і хірургічних послуг при незвичайних та складних медичних проблемах. Однак в Україні межі між вторинним і третинним рівнями стаціонарної допомоги досить розмиті. Наприклад, за існуючими оцінками, 36% пацієнтів, госпіталізованих до обласних лікарень для надання їм третинної медичної до-



Рівень госпіталізації



Обґрунтованість госпіталізації

Рис. 2. Використання ліжкового фонду (%)

помоги, фактично потребували вторинної допомоги [15]. Їх лікування в обласних лікарнях через устаткування закладів складнішим 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 у державних і комунальних медичних закладах – частка фізично та морально зношеної техніки в 2007 р. становила 60–70%. Значна частка обладнання відпрацювала 20–25 років, що у 2–3 рази перевищує його технічний ресурс. Майже в половині лікарень вторинного рівня не створені умови для надання інтенсивної медичної допомоги пацієнтам.

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

3. Низька якість медичної допомоги

Проблеми забезпечення і 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 ліцензування медичної практики в установах охорони здоров'я усіх типів. Проте відсутність системи стимулів при використанні результатів ліцензування та 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 ступеня 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.

У кінці 90-х років ХХ ст. розпочалася розробка медичних стандартів. За 10 років (1999–2008 рр.) створено стандарти у формі клінічних протоколів практично по всіх медичних спеціальностях. Проте більшість з них розроблені експертним методом без використання даних доказової медицини, а впровадження не підкріплюється адекватними стимулами, не проводиться моніторинг ефективності їх використання.

Певна частина лікарів дотепер не ознайомлена з чинними в Україні медичними стандартами, ще

більша кількість лікарів знає, але не використовує їх у своїй роботі. Так, із загального числа лікарів-анестезіологів ознайомлено з протоколами близько 80%, а використовує в практичній діяльності лише 52–63% фахівців з цієї спеціальності [4].

Методична недосконалість та незавершеність розробки різних інструментів підвищення якості, а головне – формальність їх застосування та відсутність дієвої системи управління якістю із застосуванням відповідних стимулів для медичного персоналу, дали змогу отримати певні локальні і нетривалі результати, але не сприяли поліпшенню якості медичного обслуговування в країні.

В цілому по Україні рівень якості медичної допомоги, за даними експертних оцінок, досить низький – інтегральний показник якості лікування становить приблизно 56%. У 40,1–83% хворих стаціонарних закладів лікування не відповідало стану пацієнта (неадекватне) [1]. 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. Він 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 (без рецептурним) відпуском більшості лікарських засобів значно підвищує ступінь свободи насамперед фармацевтичних працівників у заміні дешевих ліків дорогими (рис. 3).

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

Існуюча система закупівель лікарських препаратів також потребує оптимізації.

У ряді випадків ліки закуплялися і розподілялися без урахування реальної потреби в них медичних закладів як по обсягах, так і по номенклатурі, ціни на препарати, незважаючи на наявність тендерних процедур закупівлі, у ряді випадків бувають завищеними.

Система державного контролю за цінами на фармацевтичні препарати, а також за безпечністю ліків не-

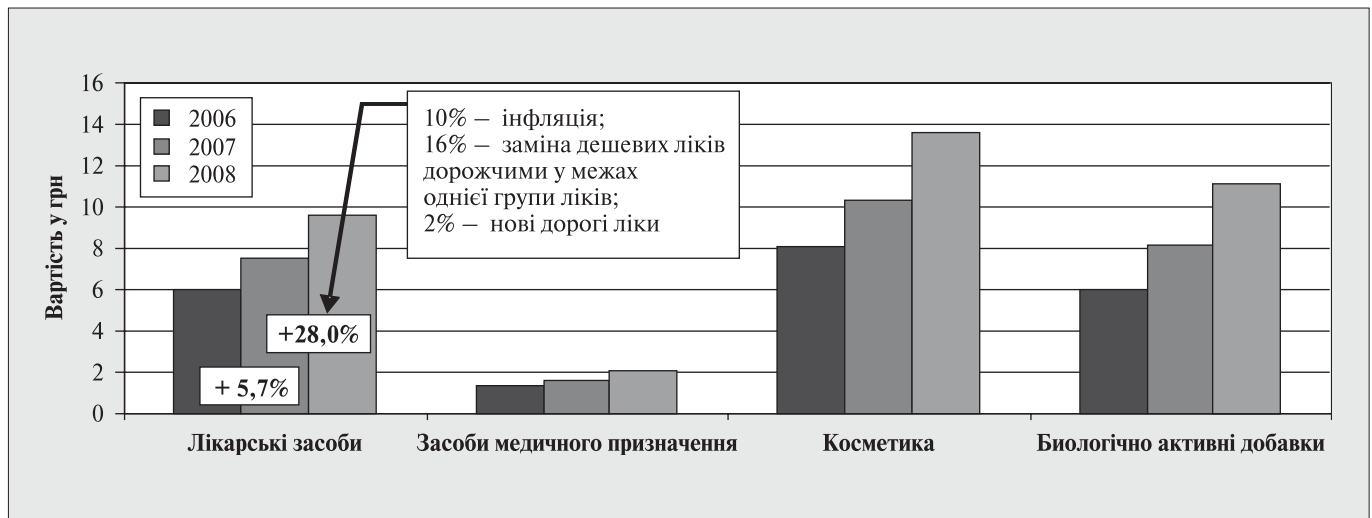


Рис. 3. Середньозважена роздрібна вартість «аптечного кошика» по категоріях та приріст його вартості, включаючи складові збільшення ціни

достатньо ефективні. Зокрема, у 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, яка проводиться безпосередньо в країні.

Частина II. ОБГРУНТУВАННЯ ШЛЯХІВ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Останніми роками зроблено певні кроки стосовно запровадження системних реформ в охороні здоров'я. Затверджено Національний план розвитку системи охорони здоров'я на 2008–2010 рр., підготовлено і передано до Верховної Ради України нову редакцію Основ законодавства охорони здоров'я в Україні, затверджено Концепцію розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини. Однак досі реального реформування не відбулося.

І тому сьогодні система охорони здоров'я в Україні нагально потребує послідовних і 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 визначено:

1. Підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я.
2. Поліпшення 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 у різних видах медичної допомоги:*

На первинному рівні

Для структурної реорганізації та розвитку системи ПМСД на засадах сімейної медицини розроблено програму, яка подана до Верховної Ради України, до якої плануємо внести доповнення стосовно термінів виконання (збільшення до 10 років на період до 2019 р.) 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) в сільській місцевості головним чином на 2 лікаря, в міській – на 4 лікаря та їх устаткування відповідно до затверджених табелів оснащення з різними моделями для міської та сільської місцевості:

у сільській місцевості – шляхом реорганізації сільських лікарських амбулаторій (СЛА), амбулаторних відділень СДЛ, частини поліклінічних відділень ЦРЛ і районних (РЛ) лікарень, великих фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів); у зв'язку з тим, що на рівні ФАПів, які обслуговують до 300 осіб, надається низькопродуктивна і здебільшого неякісна медична допомога, пропонується на рівні місцевих громад розглянути питання про їх закриття при паралельному розвитку мережі амбулаторій ЗП/СМ;

у міській місцевості – шляхом реорганізації та перепрофілювання частини поліклінік і 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 ПМСД (ЦПМСД)**. До складу ЦПМСД – закладів з правами юридичної особи – входять амбулаторії ЗП/СМ і ФАПи, які забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району або міста чисельністю 30–100 тис. осіб.

До функції центру входить: укладання договорів із замовником на надання послуг первинної допомоги; планування, координація діяльності закладів ПМСД, що входять до складу ЦПМСД; забезпечення якості медичної допомоги; облік і звітність; фінансовий менеджмент; визначення і розподіл стимулювальних виплат для працівників (рис. 4).

На вторинному рівні

Виходячи з даних доказового менеджменту та найкращого світового досвіду, з метою поліпшення 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 з гострими станами, які потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо); ресурсне забезпечення лише лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, ви-

соковартісного діагностичного і лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики;

- **для проведення планового лікування** – для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або доліковування з використанням стандартних схем лікування;
- **для відновного лікування** – для відновлення функцій, порушених унаслідок 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 і догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського персоналу та широке залучення волонтерів;
- **для медико-соціальної допомоги** – забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим, цей заклад потребує мінімального діагностичного і лікувального обладнання, обслуговування забезпечується переважно сестринським персоналом.

Головна роль надається 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% усіх стаціонарів. Для ефективної діяльності такі лікарні мають обслуговувати не менше ніж 100–200 тис. населення і виконувати не менш ніж 3000 оперативних втручань і приймати не менш ніж 400 пологів на рік.

Зазначені перетворення слід проводити при існуючому адміністративно-територіальному розподілі шляхом **створення госпітальних округів**, які об'єднують заклади декількох сільських районів або міст та районів залежно від щільності та харак-

теру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного і 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

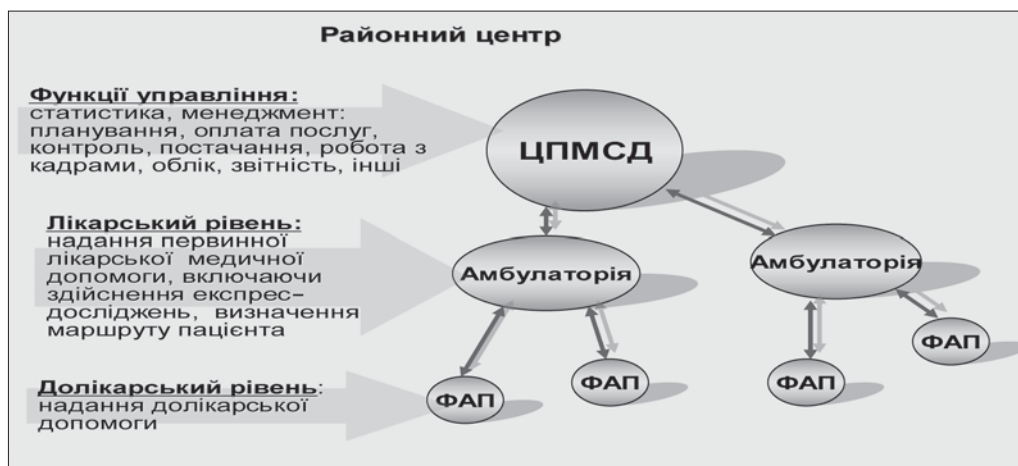


Рис. 4. Примірна організація первинної медичної допомоги в сільській місцевості

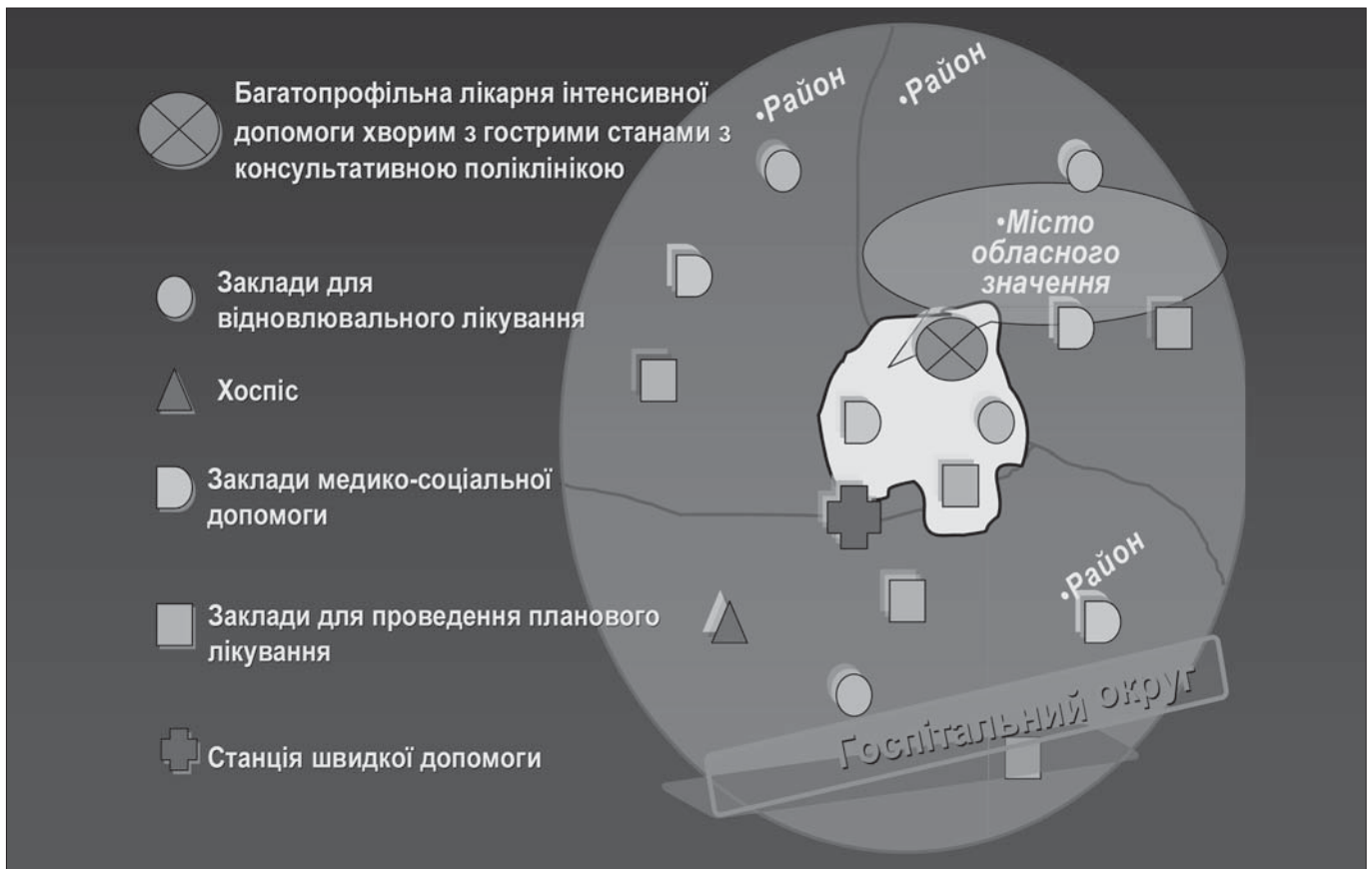


Рис. 5. Реорганізація вторинного рівня надання медичної допомоги на міжрайонному та міжміському рівнях. Створення госпітальних округів

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, які не задіяні як лікарні для інтенсивного лікування); лікарні для планового лікування хронічних хворих в 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). Приблизну структуру лікарень різних типів приведено в таблиці 3. Забезпечення діагностичних досліджень для потреб первинної ланки та планова амбулаторна спеціалізована допомога надаватимуться поліклінічними відділеннями лікарень планового лікування або консультативно-діагностичними поліклініками. У гострих випадках амбулаторна спеціалізована допомога буде надаватися спеціалістами лікарень.

Планується поступове, виважене об'єднання багатопрофільних 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 і поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих – за направленням лікаря первинної ланки;



Рис. 6. Структурно реорганізований вторинний рівень

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 терапії, педіатрія, акушерство та гінекологія, хірургія, травматологія, інфекційні хвороби, неврологія, психіатрія, дерматовенерологія, офтальмологія, оториноларингологія) Денний стаціонар Діагностична служба	Реабілітації для хворих, що перенесли інсульт Реабілітації для хворих, що перенесли інфаркт Реабілітації для хворих з захворюваннями опорно-рухового апарату Загальної реабілітації Допоміжні служби: фізіотерапія, ЛФК, тренажерні та ін. Місцеві рекреаційні засоби

- 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 з лікарями первинної ланки;
- до лікарень медико-соціальної допомоги та хоспісів – за направленням лікаря первинної ланки.

Усі 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% менші за затрати на відповідне дооснащення всієї існуючої мережі. Не кажучи про те, що концентрація інтенсивної допомоги дасть змогу поліпшити 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, які стосуються координації діяльності закладів всередині 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, невласлива функціям швидкої допомоги, зокрема, виїзди до хронічних хворих, виїзди з метою введення знеболювальних препаратів онкологічним хворим, тривалий час прибуття до пацієнта, непрофільність виїздів спеціалізованих бригад. У рамках запланованих реформ передбачається:

- розділити функції швидкої та невідкладної допомоги і передати невідкладну допомогу як функцію на первинний рівень;
- звільнити служби швидкої допомоги щодо проведення знеболювання онкологічним хворим вдома і передати ці 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 таким чином, щоб забезпечити дотримання ключового критерію діяльності служби – часу прибуття 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 науково-дослідних інститутів (НДІ).

З метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання потенціалу обласних лікарень і 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 і 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 у медичній допомозі третинного рівня. Водночас університетська клініка 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 проводиться 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. Високоспеціалізована високотехнологічна допомога в обласних лікарнях та університетських клініках надається за направленнями закладів вторинного рівня, у клініках НДІ – за направленнями обласних управлінь охорони здоров'я в обсягах, які відповідають квотам, визначеним МОЗ України.

Умови для проведення структурних реформ державного сектору охорони здоров'я

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;

вторинного рівня медичної допомоги:

- об'єднання фінансових ресурсів для надання вторинної допомоги на обласному рівні, що дасть

змогу раціоналізувати планування мережі закладів, усунути невиправдану фрагментацію системи охорони здоров'я та створити реальні управлінські механізми для вирішення проблем щодо 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 структурних перетворень;

третинного рівня медичної допомоги:

- визначення МОЗ України квот для клінік НДІ для надання високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги на всіх рівнях;

всіх рівнів надання медичної допомоги:

- перегляд і підвищення вимог до ліцензування та акредитації, деформалізація 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 насамперед до Основ законодавства України про охорону здоров'я, проект якого знаходиться на розгляді у Верховній Раді України, та Бюджетного кодексу України.

Приватний сектор

Необхідно підвищити роль приватного сектору в охороні здоров'я, його частка поки що незначна, але він володіє сучасними діагностичними та лікувальними технологіями. Планується урівняти в правах державний та приватний сектор при виконанні державного замовлення за умови надання ними медичних послуг відповідно до визначених державою медичних стандартів і 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 МОЗ України;
- передати заклади, що знаходяться у відомчому підпорядкуванні, на територіальний рівень, за винятком медичної служби Міністерства оборони, Служби безпеки України та структур промислової медицини (наприклад, огляди машиністів залізничного транспорту та пілотів перед поїздками/ польотами, психологічне тестування та реабілітація працівників Міністерства внутрішніх справ тощо).

Господарський статус медичних організацій

В Україні серед наукової і 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, в 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 сповільнити темпи структурних перетворень стаціонарного сектору, оскільки отримання автономії надає адміністрації лікарні певні можливості протидіяти закриттю навіть неефективного закладу, в тому числі за допомогою впливових лікарів і місцевих урядових органів [19].

Впливові європейські експерти, запрошені Європейським регіональним бюро (ЄРБ) ВООЗ в Україні для оцінки реформ в охороні здоров'я, що плануються МОЗ, застерігають, що автономізація медичних закладів у масових масштабах в умовах економічної кризи може призвести до погіршення умов роботи медичних закладів, оскільки високою є вірогідність того, що самостійність постачальників медичних послуг призведе до ще більшої комерції у діяльності медичних закладів, масового звільнення персоналу [14]. Крім того, доведеться витратити значну частку коштів на оплату податків (оподаткування прибутку, земельного податку) тощо, 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 з 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 «під-

приємство» для медичних організацій, призначених для виконання соціальної функції охорони здоров'я, є мало прийнятним, оскільки традиційно сприймається суспільством виключно як організація, що займається виробничою діяльністю без відповідного соціального акценту. Тому навіть при прийнятті рішення щодо автономізації державних і комунальних медичних закладів слід внести до Господарського кодексу як суб'єкти господарювання медичні організації.

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

Використання механізмів заключення договорів між замовниками та постачальниками медичних послуг і сучасних методів фінансування медичних закладів (оплати медичних послуг) є ключовими стратегіями підвищення ефективності розподілу та використання ресурсів [10].

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 у певних видах медичної допомоги. До речі, необхідність такої трансформації розуміють і в Парламенті України, про що свідчить законопроект від 05.06.2009 р. №4619 «Про державне замовлення у сфері охорони здоров'я».

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. У наступному в міру накопичення економічної інформації блок-контракт поступається іншій формі контрактних відносин – договору на фінансування узгодженого обсягу медичної допомоги з плануванням обсягу допомоги і 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, процент охоплення вакцинацією, процент 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 важкості їх перебігу. Для лікарень інтенсивної допомоги розмір «глобального бюджету» визначається, виходячи із вірогідності рівнів захворюваності та складності станів пацієнтів, які потребують даного виду допомоги, встановленого на основі аналізу статистичних показників за останні 3 роки. Для лікарень інших типів, особливо для третинного рівня, при визначенні «глобального бюджету» враховуються як потреба у конкретних видах медичної допомоги, так і ресурсні можливості відповідних медичних закладів та їх фінансове забезпечення. Оскільки повне забезпечення потреби у цих видах допомоги є нереальним для будь-якої країни, в Україні встановлюється плановість її надання, в т. ч. із визначенням черговості отримання планової високотехнологічної медичної допомоги.

1.3. 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 поліпшення 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 базуватиметься 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. Поліпшення якості медичного обслуговування

Одним з потужних механізмів підвищення ефективності використання ресурсів є поліпшення 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» [9].

Останніми роками робота із забезпечення якості медичного обслуговування в Україні набула системного характеру. Затверджена і реалізується Концепція управління якістю медичної допомоги в Україні, в якій визначено основні підходи до створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованою на задоволення обґрунтованих потреб і очікувань споживачів медичної допомоги.

Розроблений порядок управління і контролю якості, який являє собою вертикально організовану структурно-функціональну систему, що включає усі рівні управління, — від МОЗ до установ охорони здоров'я. Розроблено галузеву програму стандартизації медичної допомоги на період до 2010 р. Створено із застосуванням міжнародного інструменту оцінки якості клінічних рекомендацій AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation) і затверджено уніфіковану методику з розробки клінічних рекомендацій, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів. Для організації і науково-методичного супроводу процесів стандартизації на базі Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України (тепер — ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») відкрито державний центр розробки і моніторингу дотримання медичних стандартів. Нині йде формування і тренінг робочих груп, які розроблятимуть/адаптуватимуть клінічні рекомендації і перероблятимуть при необхідності чинні 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 якістю медичної допомоги на всіх рівнях медичного обслуговування;
- забезпечити впровадження порядку управління та контролю якістю медичного обслуговування;
- забезпечити створення програм безперервного підвищення якості медичного обслуговування, які 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, які найбільш поширені та створюють загрозу життю та здоров'ю людини (за статистичними даними, це близько 250 діагнозів, які охоплюють до 90% усіх випадків захворювань);
- розробити і впровадити скринінгові програми;
- розробити та затвердити примірні 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 і 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 давали змогу 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, в 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, яка дасть змогу їм брати участь у рішеннях, що 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 введенням 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, взятих 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, які суперечать «Volar provision» (за 2 роки до закінчення дії ексклюзивності оригінального препарату);
- розробка і запровадження формулярної системи медикаментозного забезпечення медичних закладів;
- з метою раціоналізації споживання лікарських засобів ширше 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 призначені для стаціонарного лікування. Одним із можливих джерел фінансування цього може бути використання надходжень від введення ПДВ на менш важливі лікарські засоби, продаж яких є високорентабельним для фармвиробників;
- з метою ефективнішого 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 таким чином, 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 і консолідації коштів відповідно до власних потреб, історичних, фінансових та демографічних умов, соціальних пріоритетів і переваг, що призводить до поступового стирання відмінностей між «моделями» [17].

Для поліпшення ситуації з фінансуванням охорони здоров'я, яка 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, яка базується на обов'яз-

ковому соціальному медичному страхуванні (далі СМС). Запровадження СМС в 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 МОЗ України, неконкурентна модель СМС з 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 дасть змогу подолати існуючу фрагментарність пулів фінансових коштів і створити умови для поліпшення планування ресурсів в охороні здоров'я.

Створення єдиного фінансового пулу і єдиного страховика з територіальними відділеннями дає змогу вирівняти фінансові умови надання медичної допомоги, що гарантується державою, для громадян, які проживають у різних регіонах і 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 в єдиному фінансовому пулі на регіональному рівні, буде ефективнішим за існуючий розподіл бюджетних коштів обласними, районними, міськими і селищними органами влади на утримання підвідомчих їм медичних закладів. Процес контракування (укладання договорів між відділеннями Фонду та із закладами охорони здоров'я про надання медичної допомоги) може стати додатковим стимулом для реструктуризації мережі медичних установ, що є однією з пріоритетних завдань реформи охорони здоров'я.

Модель з Єдиним державним страховиком визнається ВООЗ достатньо ефективною, особливо на початковому етапі при запровадженні соціального медичного страхування в країні. Вона є досить легко керованою і не потребує значних фінансових витрат для забезпечення її функціонування [13].

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, які виконують функції збору доходів та створення пулів для охорони здоров'я, можуть легко перейти під контроль наділених певними повноваженнями заінтересованих осіб, чий 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, в цих країнах була відсутня, що призводило до втрати контролю з боку МОЗ та Міністерства фінансів за прийняттям ключових рішень. Експерти Європейської обсерваторії та ЄРБ ВООЗ рекомендують визначати з обережністю статус фондів і виводити 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 МОЗ України [13]. Тому для України, яка не має усталених традицій та достатнього досвіду функціонування такого роду систем, доцільно визначити статус Фонду медичного страхування як державну організацію та встановити механізми її взаємодії з МОЗ України.

В умовах фінансово-економічної кризи функціонування страхових моделей у різних країнах стикається з великими проблемами, які 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 р., є абсолютно виправданою. За час між прийняттям закону і 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, який 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 та 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 до системи СМС.
- Перехід до страхової моделі потребуватиме або посилення податкового навантаження на працевлаштуваних, 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 і політики зайнятості потребує 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 і уточнення правил роботи нової системи.

Кадрові ресурси

Роль медичного працівника у забезпеченні населення якісною медичною допомогою важко переоцінити. Багато років вважалося, що в Україні надлишкова чисельність медичного персоналу, наслідком чого була і відповідна кадрова політика. А сьогодні українська охорона здоров'я стоїть на порозі кадрової кризи. Існує дефіцит кадрів, передусім у первинній ланці загалом та сільській місцевості. Понад 20% кадрів – пенсійного, і ще 20% – передпенсійного віку. Спостерігається зростаюча і некерована міграція медичного персоналу, в т. ч. до сусідніх країн та за кордон. Використовується архаїчна система планування потреб у кадрових ресурсах, яка 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 і внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів;
- забезпечити підготовку і перепідготовку випереджальними темпами лікарів ЗП/СМ, 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 у 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, насамперед на рівні первинної ланки (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів тощо).

Всі ці заходи разом зі зміною системи оплати праці дадуть змогу 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 потребує формування корпусу керівників органів і закладів охорони здоров'я, які володіють вміннями та навичками сучасного менеджменту в охороні здоров'я та поділяють ідеологію реформи. З метою підготовки професійного управлінського персоналу підготовлено однорічну магістерську програму з управління охороною здоров'я та відкрито

у 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, яка 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. По закінченню 10-річного періоду обіймати керівну посаду зможуть лише особи, які матимуть освіту відповідного рівня.

Управління змінами

Для виконання запланованих реформ необхідно створити чітку систему управління перетвореннями:

- **визначення** стратегії і методичного її забезпечення в цілому та за окремими напрямками покладається на МОЗ 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:
 - *представників центральних та місцевих органів влади;*
 - *медичної спільноти;*
 - *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 і закладів охорони здоров'я у сфері менеджменту відповідно до сучасних вимог.

Реформування системи охорони здоров'я повинно проводитися поетапно:

I 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 закладах 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 Кабінету Міністрів 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 МОЗ 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 ЗП/СМ у сільській та міській місцевостях;
 - оптимізацію мережі ФАПів;
 - створення центрів ПМСД;
 - визначення меж госпітальних округів і перспективи функціональної диференціації існуючих медичних закладів вторинного рівня у лікарні інтенсивної допомоги, лікарні для проведення планового лікування, відновного лікування, хоспіси, лікарні для медико-соціальної допомоги;
 - створення університетських клінік;
 - розробка і затвердження МОЗ:
 - примірних табелів оснащення для стаціонарних медичних закладів різних типів;
 - примірних форм договорів про закупівлю медичних послуг;
 - механізму договірної оплати медичних послуг;
 - клінічних рекомендацій і клінічних протоколів на види захворювань, визначених як найбільш пріоритетні;
 - нових/переглянутих умов ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів та атестації медичного персоналу;
 - порядку експертизи якості медичної допомоги;
 - системи моніторингу медичної допомоги, результативності та ефективності реформування системи охорони здоров'я;
 - механізмів мотивації медичного персоналу до підвищення якості медичної допомоги;
 - Положення про запровадження формулярної системи медикаментозного забезпечення медичних закладів.
 4. Створити за ініціативою МОЗ незалежні структури для оцінки відповідності медичних закладів ліцензійним та акредитаційним вимогам (агенції по акредитації та ліцензуванню).
 5. Розробка та затвердження МОЗ і Міністерством фінансів України:
 - положення про порядок фінансування закладів первинної медичної допомоги (сполучення подушної оплати і 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, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи.
 6. Створити Всеукраїнський реєстр пацієнтів.
 7. Створити Фонд медичного страхування та його територіальні відділення, забезпечити їх устаткування та комплектування необхідними спеціалістами.
 8. Провести апробацію запропонованих змін на 2 пілотних регіонах.
- II етап – 2013–2018 рр. – проведення реформування системи охорони здоров'я:**
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 і 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 відповідатиме 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 і медикаментозним забезпеченням; закупівля медичних послуг Фондом медичного страхування та/або його відділеннями у постачальників медичних послуг на контрактних умовах із застосуванням сучасних ефективних методів фінансування медичних закладів забезпечить ефективний розподіл

і використання ресурсів, стимулюватиме медичний персонал до інтенсивної та якісної роботи; стандартизація медичної допомоги в комплексі з іншими механізмами (системою безперервного поліпшення якості, ліцензуванням, акредитацією медичних закладів) сприятиме істотному підвищенню якості ме-

дичної допомоги. Увесь комплекс інституційних перетворень і змін у політиці, у сфері охорони здоров'я суттєво дасть змогу збільшити внесок системи охорони здоров'я у поліпшення здоров'я населення країни і таким чином підвищити конкурентоспроможність країни в цілому і благополуччя її громадян.

Список літератури

1. Волчек В. В. Аналіз якості лікувально-діагностичного процесу кардіологічних хворих в спеціалізованих відділеннях / В. В. Волчек // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2006. – №3. – С. 100–103.
2. Дані центру медичної статистики МОЗ України, 2008 [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua/> – Назва з екрану.
3. Європейська база «Здоров'я для всіх», 2008. [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.who.int/nha>. – Назва з екрану.
4. Князевич В. М. Наукове обґрунтування оптимізації системи інтенсивної медичної допомоги населенню України: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.02.03 / В. М. Князевич. – К., 2009. – 39 с.
5. Лехан В. М. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – Т.2, №2. – С. 44–52.
6. Население и общество: [бюллетень] / Институт демографии Государственного университета Высшей школы экономики. – [Электронный документ]. – Путь доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2009/0377/index.php>. – Название с экрана.
7. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: [спільний звіт] / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
8. Подоляка В. Л. Наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги у великому промисловому місті: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.02.03 / В. Л. Подоляка. – К., 2008. – 36 с.
9. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2008. – 86 с.
10. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас; пер. с англ. – М.: Геотар Медицина, 2000. – 432 с.
11. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования системы здравоохранения / Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof [et al.]; ВОЗ, 2008 г. [Электронный документ]. – Путь доступа: <http://www.who.int/nha>. – Название с экрана.
12. Тульчинский Т. Х. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку / Т. Х. Тульчинский, Е. А. Варавикова. – Иерусалим: Amutah for Education and Health, 1999. – 1049 с.
13. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / под ред. Э. Моссилиас, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин; пер. с англ. – М.: Весь мир, 2002. – 352 с.
14. Шейман И. М. О необходимых мерах государственной политики в сфере здравоохранения Украины в условиях экономического кризиса / И. М. Шейман, С. В. Шишкин // Внештатные эксперты ВОЗ. – 2009. – Март. – 35 с.
15. Ярош Н. П. Наукове обґрунтування ролі та місця обласної лікарні в системі охорони здоров'я на сучасному етапі реформування сектору: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.02.03 / Н. П. Ярош. – К., 2001. – 24 с.
16. Improving Intergovernmental Fiscal Relations in Ukraine, 2008. – Access mode: <http://go.worldbank.org/6C56QN4A70>. – Title from screen.
17. Kutzin Joseph. Политика финансирования здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения: [стратегический документ по вопросам финансирования здравоохранения] / Joseph Kutzin ; ВОЗ. Отдел поддержки систем здравоохранения в странах, 2008 г. [Электронный ресурс]. – Путь доступа: <http://www.euro.who.int/document/e91422r.pdf>. – Название с экрана.
18. Lekhan V. The Ukrainian health financing system and options for reform / Valeria Lekhan, Volodymyr Rudyi, Sergey Shishkin ; Health Systems Financing Programme WHO Regional Office for Europe, 2007. – 33 p. – Access mode: <http://www.euro.who.int/document/e90754.pdf>. – Title from screen.
19. McKee M. Hospitals in a changing Europe: options for Europe / M. McKee, J. Healy. – Buckingham: European Observatory on Health Care, Open University Press. – 2002. – 532 с.

**Стратегія розвитку системи здравоохранення:
українське вимірювання***В. Н. Лехан, Г. А. Слабкий, М. В. Шевченко (Київ)*

Матеріал підготовлений на основі кращого вітчизняного і зарубіжного досвіду в реформуванні систем охорони здоров'я з урахуванням особливостей законодавства та організації надання медичної допомоги в Україні, досвіду та результатів апробації управлінських нововведень на різних рівнях надання медичної допомоги. Охарактеризовано сучасний стан системи охорони здоров'я України, висвітлено проблеми та недоліки її функціонування. Обґрунтовано шляхи реформування системи охорони здоров'я з точки зору підвищення ефективності діяльності та фінансування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги. Представлено моделі реструктуризації галузі для структурних реформ державного сектора охорони здоров'я, визначено етапи їх проведення.

Ключові слова: реструктуризація, структурні реформи, сектор охорони здоров'я, ефективність, фінансування.

**Health care system strategy development:
Ukrainian measuring***V. M. Lekhan, G. O. Slabkyi, M. V. Shevchenko (Kyiv)*

A monograph geared-up on the basis of the best domestic and foreign practice in reformation of health care systems taking into account the features of legislation and organizations of medical services provide in Ukraine, experience and results of approbation of administrative innovations on the different levels of render of medical services. Description of the up-to-date state of the health care system of Ukraine, problems and failings of its functioning have been presented. Ways of reformation of health care system have been grounded from the point of increase efficiency activity and financing of the primary, second and tertiary medical services. The models of restructuring of industry are presented. It is described the steps of structural reforms of state sector of health care, stages of their carrying out have been determined.

Key words: restructuring, structural reforms, sector of health care, efficiency, financing.

Рецензенти: д-р мед. наук, проф. І. М. Солоненко; д-р мед. наук О. З. Децик.