

**ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»**

**Кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною
здоров'я**

**УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ
В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ:
ІСТОРІЯ ТА УРОКИ ПЛОТНИХ РЕГІОНІВ**

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Дніпропетровськ - 2016

УДК 614.23.25:352.07

Підготували:

зав. кафедрою соціальної медицини, організації та управління охороною
здоров'я

д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України **В. М. Лехан**,
д. мед. н., професор **Л. В. Крячкова**, к. мед. н., доцент **В. В. Волчек**

Посібник складено для самостійної аудиторної та позааудиторної роботи слухачів курсів післядипломної освіти, інтернів, аспірантів та студентів VI курсів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації України.

Навчальний посібник призначено для післядипломної підготовки слухачів курсів підвищення кваліфікації за спеціальністю «організація охорони здоров'я», інтернів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина»; для навчання на третьому (освітньо-науковому) рівні за спеціальністю «Соціальна медицина»; для додипломної підготовки фахівців другого (магістерського) рівня освіти за усіма спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах МОЗ України за спеціальністю 222 «Медицина» кваліфікації освітньої «Магістр медицини», кваліфікації професійної «Лікар».

Затверджено на засіданні Центральної методичної комісії

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

27.09.2016 р., протокол №1

Лехан В.М. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек. – Дніпропетровськ, 2016. - 53 с.

ЗМІСТ

Актуальність теми; навчальні цілі; вступ; базові поняття управління змінами; історія розвитку реформ охорони здоров'я в Україні; реформа системи охорони здоров'я в пілотних регіонах (2010-2013 рр.): нормативне забезпечення проведення реформування в пілотних регіонах, об'єднання коштів як провідна передумова реформування системи медичного обслуговування, реформування первинної медичної допомоги, реформування системи екстреної медичної допомоги, реформування вторинної медичної допомоги, заходи щодо підвищення доступності лікарських засобів; заключення; список використаної літератури; контрольні запитання; питання для обговорення / завдання; рекомендована література для самостійної роботи.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

В Україні останнім часом різко активізувалися дискусії щодо напрямків та механізмів реформування, тобто кардинальних змін в системі охорони здоров'я. Діюча в країні модель системи охорони здоров'я Семашка, яка зберіглася з радянських часів, не відповідає сучасним реаліям. Але за роки незалежності Україні не вдалося істотно просунутися в напрямку вирішення провідних для систем охорони здоров'я цілей. Частиною успішного процесу реформування галузі є достатня інформованість фахівців усіх спеціальностей та осіб, повноважних приймати управлінські рішення, щодо сучасних підходів управління змінами в системі охорони здоров'я, які підтвердили свою дієвість та ефективність в українських реаліях під час реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах (2010-2013 рр.).

НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Перелік питань, які необхідно засвоїти після вивчення матеріалів навчального посібника:

- Поняття та принципи управління змінами;
- Історія розвитку реформ охорони здоров'я в Україні;
- Визначення та завдання реформування системи охорони здоров'я;
- Доцільність пулінгу (об'єднання) коштів, які виділяються з бюджетів різних рівнів для фінансування системи охорони здоров'я;
- Напрацювання та перешкоди на шляху реформ системи охорони здоров'я першого десятиріччя 21 сторіччя

1. ВСТУП

Необхідність реформи в системі охорони здоров'я України не викликає жодних сумнівів, оскільки за роки незалежності країні не вдалося істотно просунути в напрямку вирішення всіх провідних для систем охорони здоров'я цілей [3]: поліпшення рівня здоров'я населення та скорочення нерівності його показників між різними соціально-економічними групами; справедливості розподілу фінансових внесків, призначених для медичного обслуговування; підвищення чутливості системи до задоволення потреб, безпосередньо не пов'язаних зі здоров'ям (повага до людини, почуття її гідності та ін.) [7, 28].

Діюча в країні модель системи охорони здоров'я Семашка, яка збереглася з радянських часів, не відповідає сучасним реаліям, оскільки вона була створена в умовах планової економіки і не придатна для функціонування в ринкових умовах; навіть в умовах планової економіки її максимальна успішність була зафіксована при епідемічному типі патології (коли основними причинами смертності були інфекційні захворювання) і суттєво зменшилася починаючи з середини 60-х років XX сторіччя при переході до неепідемічного типу патології (коли на перший план серед причин смертності вийшли неінфекційні захворювання); також їй внутрішньо властива орієнтованість на екстенсивний розвиток [12]. Крім того, основна перевага класичної системи Семашка – загальна доступність медичної допомоги - за роки незалежності зазнала істотної корозії через значне скорочення фінансування охорони здоров'я з відповідним зростанням формальних і неформальних платежів населення при отриманні медичних послуг.

Переведення успішних перетворень можливо лише за умов використання сучасних методів менеджменту. При цьому зрозуміло, що перетворення слід здійснювати спираючись на сучасні підходи щодо управління змінами в системі охорони здоров'я.

2. БАЗОВІ ПОНЯТТЯ УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ

Управління змінами є одним з важливих принципів сучасного менеджменту та ключовим фактором успішного розвитку організації чи системи в цілому.

Для громадського сектора, до якого належить більшість медичних організацій, управління змінами можна віднести до числа інноваційних процесів, в рамках яких організації створюють щось нове: впроваджують нову

практику або технологію, нову модель внутрішньоорганізаційних або міжорганізаційних взаємодій; створюють новий продукт, товар або послугу.

Цілями та завданнями управління змінами в охороні здоров'я вважається:

- визначення напрямків змін;
- розробка моделей управління змінами;
- впровадження інноваційних технологій медичного обслуговування, що сприяють підвищенню якості медичної допомоги, скорочення термінів лікування і витрат на його надання;
- створення оптимізаційних ресурсозберігаючих моделей, інформаційно-аналітичних систем з метою підвищення медичної, соціальної, економічної ефективності галузі;
- моніторинг змін;
- оцінка ефективності управління змінами.

До основних принципів управління змінами як основи для вдосконалення системи управління охороною здоров'я належать:

- принцип багатьох рівнів;
- багатовимірність;
- нелінійність процесів;
- альтернативність варіантів розвитку;
- принцип унікальності - розгляд медичної організації як унікальної структури з урахуванням специфіки її діяльності (монопрофільні або багатoproфільні заклади охорони здоров'я; що надають переважно планову або невідкладну медичну допомогу);
- інтегративності - облік тісного взаємозв'язку організаційних, технологічних, економічних, інформаційних інновацій;
- збалансованість;
- принцип зворотного зв'язку - дає системі управління інформацію, наприклад, про несприятливі показники здоров'я населення і діяльності медичних організацій, що сприяє прийняттю рішення щодо регулювання відхилень;
- стійкість розвитку системи або організації.

Теоретико-методологічні положення з управління змінами в організаціях охорони здоров'я базуються на синтезі багаторівневого і інтегративного підходів, є основою для вдосконалення системи управління та створення

сумарного синергетичного ефекту на мікро- і мезорівні, спрямовані на підвищення медичної, соціальної, економічної ефективності галузі на макрорівні.

При певному якісному та кількісному складі низка змін виливається у реформу, а ключові зміни стратегії розвитку галузі можуть перерости у великомасштабні перетворення. Розглянемо процес управління змінами на прикладі реформування української системи охорони здоров'я.

3. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ РЕФОРМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Сьогодні у політичних та експертних колах поширена теза про те, що за весь період незалежності у сфері охорони здоров'я в Україні реформи не проводилися взагалі або проводилися неефективно [16].

Дійсно, в перше десятиріччя після проголошення незалежності головні зусилля уряду України і Міністерства охорони здоров'я, як центрального виконавчого органу влади у сфері охорони здоров'я, були спрямовані на запобігання розвалу сформованої системи охорони здоров'я і збереження мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою. Тому ніякі істотні зміни в системі не планувалися і не проводилися, за виключенням пошуку шляхів мобілізації додаткових коштів для підтримки життєдіяльності системи. Саме тоді були запроваджені платні послуги, почало розвиватися добровільне медичне страхування та лікарняні каси. Проте і тоді і цього часу ці форми легального залучення коштів суттєвого значення для фінансування системи не мають і складають за даними національних рахунків охорони здоров'я України біля 4 % від загальних витрат на діяльність галузі.

Основні напрями реформування системи охорони здоров'я України були визначені лише на рубежі віків та закріплені у затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313/2000 Концепції розвитку охорони здоров'я населення України.

Подальшого розвитку вони отримали у затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України (КМУ) від 10 січня 2002р. №14 Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки; в Указі Президента України від 6 грудня 2005 року №1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення»; в Національному плані розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року (затвердженому

Постановою Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 року № 815); в Програмі Уряду «Український прорив: для людей, а не політиків» (затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України від 16.01.2008 №14) та в Постанові Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» (затвердженій 17.02.2010р. №208).

Аналіз вищевказаних документів свідчить, що за весь цей більш ніж десятирічний період, незважаючи на періодичні трансформації політичного режиму в Україні, прихід до влади різних політичних сил, **основні підходи до реформи системи охорони здоров'я** не зазнали радикальних змін і включали:

- забезпечення доступної, якісної, кваліфікованої медичної допомоги всім громадянам, незалежно від їх соціально-економічного стану та місця проживання;
- пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з оптимізацією мережі комунальних та підпорядкованих різним міністерствам і відомствам державних закладів охорони здоров'я;
- запровадження ефективної та прозорої моделі фінансування системи медичної допомоги, орієнтованої на реальні потреби пацієнтів; підвищення рівня та забезпечення сталості фінансування галузі; перехід до розподілу коштів за принципом оплати наданих послуг, а не за принципом утримання медичних закладів; вжиття заходів щодо запровадження в діяльність закладів охорони здоров'я сучасних економічних механізмів; чітке розмежування бюджетних асигнувань на первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу; запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування із забезпеченням належної якості гарантованих державою безоплатних медичних послуг;
- запровадження дієвих механізмів мотивації медичних працівників до якісного і ефективного надання медичних послуг;
- формування єдиного медичного простору під управлінням Міністерства охорони здоров'я України, як один із шляхів оптимізації мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення;
- запровадження ефективного механізму здійснення державного контролю за виробництвом, імпортом, реалізацією та рекламою фармацевтичної продукції, а також за якістю лікарських засобів і виробів медичного призначення в процесі їх виробництва та ввезення на територію України,

підвищення конкурентоспроможності вітчизняної фармацевтичної продукції.

З часом ці підходи набували більш системного характеру, збагачувалися конкретними формами та механізмами (наприклад, в Постанові КМУ від 17.02.2010 р. №208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» передбачалося утворення центрів первинної медико-санітарної допомоги; оптимізація мережі районних, міських і дільничних лікарень, спеціалізації та перепрофілювання лікарень з урахуванням потреб населення у медичній допомозі), було проголошено перехід від моделі Семашко до сучасної, орієнтованої на задоволення об'єктивних потреб населення в медичній допомозі і водночас адаптованої до ринкових реалій, системи охорони здоров'я.

Слід підкреслити, що при розробці зазначених вище основних підходів до реформи системи охорони здоров'я враховувалися фактичні дані, отримані при аналізі перетворень систем охорони здоров'я в різних країнах Європи [29], а також результати численних рекомендацій національних та міжнародних експертів щодо розвитку системи охорони здоров'я України, серед яких особливе місце посідають Спільний звіт українських експертів, підготовлений в 2005 р. при підтримці експертів Всесвітнього банку Європейської Комісії, в якому були напрацьовані рекомендації для українського уряду стосовно шляхів поліпшення української системи охорони здоров'я [17]; матеріали проектів ЄС та Єврокомісії в сфері охорони здоров'я, які реалізовувалися в Україні в період 2003-2009 років («Профілактика та первинна медична допомога», «Фінансування та управління охороною здоров'я в Україні», «Розвиток медичних стандартів»; «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»).

В Україні здійснювалися часткові реформи в деяких секторах охорони здоров'я. На окремих пілотних майданчиках відпрацьовувалися інноваційні для країни організаційно-економічні механізми: різні моделі організації первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини (Львівська область, м. Комсомольськ Полтавської області, м. Вознесенськ Миколаївської області тощо), регіоналізація родопомічної допомоги (Дніпропетровська область), нові методи фінансування – подушна оплата, глобальний бюджет, договірні відносини та автономізація медичних закладів (м. Комсомольськ Полтавської області, Золочівський район Харківської області, Попільнянський район Житомирської області) та інші.

Як правило, ці експерименти відбувалися на основі місцевих ініціатив і за

підтримки проектів технічної допомоги з боку міжнародних донорських організацій. Однак в більшості вони були локальними і носили фрагментарний характер [27].

Широкомасштабних реформ у сфері охорони здоров'я в Україні, на відміну від більшості інших постсоціалістичних країн [24], до 2010 р. не проводилося.

Підбиваючи підсумки історії запланованих та реалізованих реформ в охороні здоров'я слід відзначити, що стратегічні напрямки перетворень були визначені на основі ретельного наукового аналізу міжнародного досвіду, експертних висновків національних й міжнародних експертів і затверджувалися в різні роки владними структурами різних політичних спрямувань; головні механізми перетворень були апробовані в рамках локальних експериментів і довели свою ефективність; але масштабні реформи не були розпочаті через відсутність політичної волі до перетворень та побоювання політичних ризиків, які неминучі при здійсненні змін у такій чутливій соціальній сфері, як охорона здоров'я.

4. РЕФОРМА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЛОТНИХ РЕГІОНАХ (2010-2013 рр.)

За визначенням видатних європейських експертів в сфері охорони здоров'я Р.Б. Салтмана та Дж. Фигейраса [21] «реформа – це процес, який включає послідовні і глибокі інституційні та структурні зміни, що проводяться урядом і мають своїм завданням досягнення низки чітко визначених політичних цілей».

В 2010 році на державному рівні було прийнято рішення про проведення комплексної реформи системи надання медичної допомоги України. Змістовне наповнення перетворень базувалося на ретельно проаналізованих та узагальнених з урахуванням національної специфіки вітчизняними та зарубіжними експертами даних доказового менеджменту, досвіду країн з найбільш успішними системами охорони здоров'я, передового вітчизняного досвіду [9, 17].

Виходячи з того, що в Україні був відсутній досвід проведення широкомасштабних багатоаспектних перетворень в секторі охорони здоров'я, для відпрацювання форм і механізмів реформи та мінімізації можливих її негативних наслідків попередня апробація основних складових здійснювалася

на експериментальних майданчиках - пілотних областях [4].

Для проведення пілотних проектів було обрано 4 регіони: аграрний (Вінницька область), два індустріальних (Дніпропетровська, Донецька області) та столичний (м. Київ). Чисельність осіб, що мешкали на території пілотних регіонів складала 26,7 % населення України. Масштаби області як пілотної адміністративно-територіальної одиниці було обрано, оскільки область є практично самодостатньою одиницею з точки зору медичного обслуговування населення і забезпечує надання всіх рівнів медичної допомоги – первинного, вторинного та третинного. Все це дозволило забезпечити репрезентативність отриманих результатів.

Результати виконання пілотних проектів оцінювалися за даними моніторингу, запровадженого Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ), Держкомстату та Центру медичної статистики МОЗ України.

В рамках пілотного проекту передбачалося відпрацювання та апробація частини нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, передбачених в моделі і спрямованих на підвищення ефективності та доступності медичного обслуговування населення, зокрема:

- створення на базі існуючої мережі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) медичної допомоги, структурованої за видами (первинної, вторинної, третинної та екстреної) системи медичного обслуговування;
- організація та забезпечення функціонування центрів первинної медичної/медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) як структур для забезпечення надання населенню первинної допомоги;
- перепрофілювання ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, з урахуванням інтенсивності її надання;
- організація діяльності госпітальних округів для надання населенню вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- створення регіональних центрів екстреної медичної допомоги;
- вільний вибір пацієнтом лікаря загальної практики - сімейного лікаря;
- запровадження системи направлень (принцип «воротаря»);
- концентрація бюджетних коштів для надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на рівні районних бюджетів та бюджетів міст обласного значення, коштів на надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги - на рівні обласних бюджетів;
- розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров'я за

видами медичної допомоги;

- застосування елементів програмно-цільового методу у бюджетному процесі у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги;
- здійснення фінансового забезпечення ЗОЗ за видами медичної допомоги відповідно до договорів про медичне обслуговування населення з застосуванням сучасних методів оплати медичних послуг;
- формування штатних розписів ЗОЗ залежно від обсягу медичної допомоги, яка надається закладами;
- оплата праці медичних працівників ЗОЗ, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи.

4.1. Нормативне забезпечення проведення реформування в пілотних регіонах

Важливою передумовою успішного реформування в будь-якій сфері, особливо соціальній, є створення адекватної нормативної бази.

Було розроблено низку нормативних документів різного рівня, які регламентували різні аспекти перетворень (врізка 1).

Врізка 1

ЗАКони

- ✓ Закон України від 07.07.2011 №3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»
- ✓ Закон України від 07.07.2011 №3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»
- ✓ Закон України від 05 липня 2012 року №5081-VI «Про екстрену медичну допомогу»
- ✓ Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2013 р. №395 «Порядок формування фонду оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я»

ПОСТАНОВИ УРЯДУ

- ✓ Постанова Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. №209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я»
- ✓ Постанова КМУ України від 24 жовтня 2012 р. №1113 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»
- ✓ Постанова КМУ України від 8 лютого 2012 р. №86 «Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ 86 - редакція від 08.02.2012)»

НАКАЗИ

- ✓ Наказ МОЗ та Міністерства фінансів України від 25.09. 2012 №1650/21962 «Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі "Охорона здоров'я" для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»
- ✓ Спільний наказ Міністерства фінансів та Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2013 №693/633 «Про затвердження Змін до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я»» яким внесено зміни до Типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я»
- ✓ Наказ МОЗ України від 15.05.2013 №373 «Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги»
- ✓ Наказ МОЗ України від 28.03.2013 №249 «Про затвердження Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану)...
- ✓ Постанова КМУ від 25.04. 2012 р. №340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою»
- ✓ Наказ МОЗ України від 23.02.2012 №132 «Про затвердження Примірної таблиці оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу»
- ✓ Наказ МОЗ України від 23.02.2012 №131 «Про затвердження Примірних положень про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»
- ✓ Наказ МОЗ України від 23.02.2012 №129 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»
- ✓ Наказ МОЗ України від 30.12.2011 №1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я»
- ✓ Наказ МОЗ України від 04.11.2011 №756 «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації»
- ✓ Наказ МОЗ України від 04.11.2011 №755 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»
- ✓ Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги»
- ✓ Наказ МОЗ України від 31.10.2011 №736 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні відновного лікування»
- ✓ Наказ МОЗ України від 31.10.2011 №735 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування»
- ✓ Наказ МОЗ України від 31.10.2011 №734 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування»
- ✓ Наказ МОЗ України від 31.10.2011 №732 «Про затвердження положень про заклади охорони здоров'я, які входять до складу госпітальних округів та їх структурних підрозділів»
- ✓ Наказ МОЗ України від 13.10.2011 №665 «Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги»
- ✓ Наказ МОЗ України від 01.11.2011 №742 «Про затвердження примірної угоди про медичне обслуговування населення» (зі змінами від 28.12.2011 наказ № 992)

- ✓ Наказ МОЗ України від 05.10.2011 №646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»
- ✓ Наказ МОЗ України від 01.09.2011 №557 «Про затвердження Примірною положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги»
- ✓ Наказ МОЗ України від 01.09.2011 №555 «Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення закладів первинної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»
- ✓ Наказ МОЗ України від 19.08.2011 № 524 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо організації підготовки проектів актів, необхідних для забезпечення реалізації Закону України від 7 липня 2011 року № 3612 - VI...»
- ✓ Наказ МОЗ України від 17.08.2011 №519 «Про організацію підготовки та підвищення кваліфікації лікарів, фельдшерів (медичних сестер) станцій швидкої медичної допомоги з медицини невідкладних станів у пілотних регіонах (Вінницькій, Донецькій...»
- ✓ Наказ МОЗ України від 15.08.2011 №507 «Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах»
- ✓ Наказ МОЗ України від 15.07.2011 №420 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі»
- ✓ Наказ МОЗ України від 28.07.2011 №443 «Про Порядок вибору лікаря, що надає первинну медичну допомогу»
- ✓ Наказ МОЗ України від 20.07.2011 №428 «Про створення робочої групи з інформаційного супроводу реформ за напрямом "Реформа медичного обслуговування"»
- ✓ Наказ МОЗ України від 15.07.2011 №419 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування регіонального Плану-графіку проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я»
- ✓ Наказ МОЗ України від 15.07.2011 №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні»
- ✓ Наказ МОЗ України від 29.06.2011 №384 «Про затвердження Примірною статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги»
- ✓ Наказ МОЗ України від 22.06.2011 №370 «Про заходи щодо впровадження Єдиної системи екстреної медичної допомоги на території Вінницької, Донецької, Дніпропетровської областей та міста Києва»
- ✓ Наказ МОЗ України від 08.06.2011 №347 «Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі "Охорона здоров'я" для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській...»
- ✓ Наказ Міністерства фінансів України від 14.01.2011 №11 «Про бюджетну класифікацію»

Останнім наказом - Наказом Міністерства фінансів України від 14.01.2011 №11 «Про бюджетну класифікацію» було затверджено функціональну класифікацію видатків та кредитування бюджету, в якій було виділено окремі функції щодо центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги (код 0724), центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (код 0726), перинатальних центрів (код 0733), що дозволило визначити обсяги фінансування на надання медичної допомоги саме в цих типах закладів.

Науковий супровід реформи охорони здоров'я на галузевому рівні здійснював Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України та кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я вищих медичних навчальних закладів України.

4.2. Об'єднання коштів – як провідна передумова реформування системи медичного обслуговування

У доповіді ВООЗ за 2010 рік «Фінансування систем охорони здоров'я - шлях до універсального покриття витрат на медичну допомогу» заявлено, що «... консолідація пулів з самого початку реформування повинна бути частиною стратегії. Існування численних пулів неефективно, оскільки дублює один одного і збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони також ускладнюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того, щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити дійсно єдиний пул, в рамках якого можна було б вирівнювати ризики» [25].

В Україні Бюджетним кодексом України визначено жорстке розмежування видатків на потреби охорони здоров'я між бюджетами різних рівнів, що призводить до дезінтеграції територіальних систем медичного обслуговування, зберігає умови для існування на одній території паралельних медичних структур і створює перешкоди для оптимізації мережі медичних установ. Такий підхід також перетворює на декларовану формальність норму, зафіксовану в Основах законодавства про охорону здоров'я про право вибору пацієнтом лікаря та медичної установи. Крім того, пули на різних рівнях, які використовуються для утримання мережі медичних закладів, віднесених до їх видання, частково перекривають і заміщають один одного. Фрагментовані механізми об'єднання коштів стають головним джерелом неефективного функціонування системи охорони здоров'я [26].

Допоки Україна дотримувалася принципу утримання медичних закладів, розпорошеність фінансових коштів не створювала істотних ризиків фінансової стабільності системи. Однак, при переході до контрактних відносин між постачальниками послуг і їх покупцями, коли бюджетний розподіл поступиться місцем моделі активної закупівлі медичних послуг (бюджети на ризиковій основі) дуже важливим стане прийняття рішення про те, який найнижчий рівень об'єднання коштів буде доцільним (район / місто або регіон) і який

механізм перерозподілу ризиків буде задіяний.

У пілотних регіонах з 2012 р. на законодавчій основі реалізувався механізм об'єднання фінансових потоків для надання первинної допомоги - на міському / районному рівнях; для вторинної, третинної та екстреної допомоги - на обласному рівні [4]. З 2013 року, після прийняття закону «Про екстрену медичну допомогу» [5] фінансування служби екстреної допомоги здійснювалось з регіональних бюджетів на території всієї країни. Формування потужних фінансових пулів створило передумови для ліквідації фінансових бар'єрів при наданні медичної допомоги (безперешкодного доступу до медичної допомоги - екстериторіальності), усунення дублювання фінансових потоків (ефективного використання фінансів), збільшення стійкості системи охорони здоров'я та створення умов для формування мережі закладів охорони здоров'я, адекватної потребам населення. Однак забезпеченню реальної екстериторіальності заважала норма українського законодавства щодо можливості бюджетного фінансування державних і комунальних закладів в повному обсязі, включаючи їх поточні і капітальні витрати, з бюджету того рівня, у чийй власності знаходяться ці установи. Тому окрім об'єднання коштів для безперешкодного фінансування закладів вторинної та екстреної допомоги була здійснена передача майнових комплексів установ, що надають екстрену і вторинну (для пілотних регіонів) допомогу, у власність обласної територіальної громади.

Проблеми. Рішення щодо пулінгу (об'єднання) коштів для надання вторинної та екстреної допомоги з передачею відповідних майнових комплексів на обласний рівень викликало шквал невдоволення органів місцевої (міської та районного рівнів) влади внаслідок втрати контролю над відповідними фінансовими потоками. В результаті передача зазначених ЗОЗ на обласний рівень в повному обсязі відбулася лише в Дніпропетровській області, в інших пілотних регіонах - частково. Для того, щоб органи місцевого самоуправління не були відсторонені від процесів реформування вторинної медичної допомоги в Дніпропетровському регіоні при кожному закладі було створено наглядові ради, до складу яких увійшли представники місцевого самоврядування та громадськості відповідних територіальних громад. Однак таке рішення проблему радикально не вирішило і місцеві органи влади практично самоусунулися від підтримки розвитку ЗОЗ, що надають вторинну та екстрену допомогу.

Шляхи вирішення. Для отримання довгострокового позитивного ефекту від об'єднання коштів на регіональному рівні необхідно зняти перепони щодо можливості фінансування закладу охорони здоров'я з бюджетів різних рівнів на законодавчому рівні, що усуне необхідність передачі майнових комплексів ЗОЗ на обласний рівень і сприятиме збереженню інтересу органів місцевої влади до закладів охорони здоров'я, розташованих на підвідомчих їм територіях.

4.3. Реформування первинної медичної допомоги

Проведення суттєвих перетворень в такій складній системі, як охорона здоров'я потребує обов'язкового визначення пріоритетів, тобто виділення тих завдань, вирішення яких є першочергово необхідним. Пріоритетами на 2012-2013 рр. були обрані реформи базових видів медичної допомоги (первинної та екстреної), які повинні були стати локомотивом для змін в секторах вторинної та третинної медичної допомоги.

На сучасному етапі розвитку серед національних політиків та експертів по всій Європі існує консенсус, що первинна медична допомога (ПМД) повинна бути стрижнем добре організованої системи охорони здоров'я [31]. Результати міжнародних досліджень свідчать про наявність істотного позитивного впливу ПМД на здоров'я населення, зменшення вартості медичної допомоги та збільшення рівності в здоров'ї [23].

В процесі реформи системи охорони здоров'я відбувався повномасштабний перехід до моделі первинної допомоги, що базується на засадах загальної практики / сімейної медицини.

До числа основних компонентів нової моделі відносяться:

1. розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; структурна оптимізація первинної медичної допомоги: формування розгалуженої і відповідно оснащеної інфраструктури первинної допомоги та впровадження системи надання первинної допомоги за сімейним принципом;
2. застосування контрольно-пропускної системи (принцип «воротаря» - gatekeeper) для формування оптимального маршруту пацієнта; введення вільного вибору пацієнтом лікаря первинної ланки;
3. договірні відносини між головними розпорядниками коштів та провайдерами первинної допомоги;
4. оплата праці медичного персоналу, виходячи з обсягу та якості виконаної

роботи;

5. фінансування закладів первинної допомоги з міських та районних бюджетів за подушним принципом (капітацією) [10].

4.1.1. Розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; структурна оптимізація первинної медичної допомоги

В 2012-2013рр. в пілотних регіонах відбулося юридичне, структурне і фінансове розмежування первинної та вторинної медичної допомоги зі створенням нового типу закладів для надання первинної допомоги – ЦПМСД, фінансування яких здійснювалося, відповідно до закону про пілотні регіони [4], з районних та міських бюджетів.

Позитивні наслідки:

1. Запроваджене вперше в історії української і навіть радянської охорони здоров'я цільове фінансування первинної ланки дозволило змінити структуру видатків на користь ПМСД - з 4-6 % зведеного бюджету на початку реформи до 17,8-22,4 % в різних пілотних регіонах у 2013 р. (рис. 1).

2. Фінансування органами місцевого самоврядування лише первинної медичної допомоги, оскільки відповідальність за фінансування інших видів допомоги відійшла до органів регіональної влади, сприяло зосередженню їх уваги та відповідної матеріальної підтримки на розвитку первинної ланки.

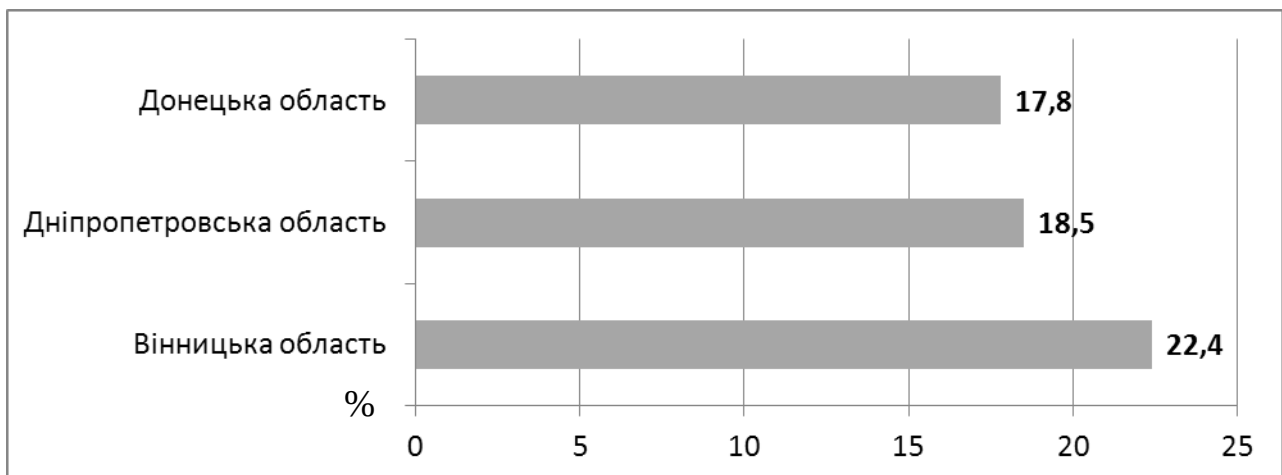


Рис. 1. Питома вага витрат на ПМСД від загального фонду зведеного бюджету в пілотних регіонах (у %)

Кумулятивний ефект від поєднання обох заходів при підтримці державної субвенції в сумі 327 млн. гривень (40,9 млн. доларів США), наданої у 2012 р. для придбання автотранспорту, техніки, інвентарю та медичного обладнання

для центрів первинної медичної допомоги, отримав своє вираження в реалізації комплексу заходів, який охоплював:

- а) підвищення рівня гарантій щодо ПМСД для населення;
- б) розвиток мережі амбулаторій;
- в) проведення капітальних ремонтів існуючих закладів/підрозділів ПМСД,
- г) устаткування амбулаторій медичним обладнанням, автоматизованими робочими місцями, автомобілями, що стало передумовою для підвищення доступності, якості створення комфортних умов для надання первинної допомоги;
- д) підвищення рівня забезпеченості медичним персоналом для надання ПМСД.

В результаті, наприклад в Дніпропетровській області, відбулося збільшення витрат на 1 відвідування (зокрема по м. Кривий Ріг - в 30 разів), повністю стали покриватися витрати на надання невідкладної допомоги; на 46,3 % збільшились видатки на забезпечення пільгових груп населення безоплатними лікарськими засобами за рецептами лікарів (2011 рік – 19,2 млн. грн.; 2012 рік – 23,2 млн. грн.; 2013 рік – 28,1 млн. грн.).

При цьому слід відмітити, що зростання рівня гарантій значною мірою залежить від залученості і заінтересованості органів місцевого самоврядування у реформі первинної допомоги.

Загальна забезпеченість населення закладами первинної допомоги у всіх пілотних регіонах істотно підвищилася: найменше (на 24 %) - в Вінницькій області, як регіоні з більш високою вихідною забезпеченістю, найбільше – в м. Києві (в 9 разів), де вихідний рівень був найнижчим; в Дніпропетровській та Донецькій областях - в 2,4-2,2 рази (рис. 2).

Реальна доступність первинної допомоги залежить не від збільшення формальної чисельності амбулаторій, а від розвитку розгалуженої мережі закладів, наближених до місця проживання населення. Така проблема є актуальною для всіх адміністративних територій, але особлива її вираженість спостерігається в містах, де в процесі реформування на базі колишніх поліклінік спочатку були «відкриті» (тобто отримали вивіски) декілька амбулаторій, зі значною загальною чисельністю населення, що створило епідеміологічні ризики, перш за все при обслуговуванні дитячого населення, і утруднило процеси управління потоками пацієнтів. Тому зростання чисельності

відокремлених амбулаторій - закладів, на базі яких не розташовані інші підрозділи ПМСД набуває особливого значення.



Рис. 2. Динаміка забезпеченості амбулаторіями (загальна та відокремленими закладами) в пілотних регіонах за 2009-2013 рр. (на 10 тис. населення)¹

В пілотних регіонах чітко виражена позитивна динаміка забезпеченості відокремленими амбулаторіями (див. рис.2). Більш стрімко цей процес відбувається в містах (рис. 3), в тому числі за рахунок відкриття нових амбулаторій, і прямо залежить від активності місцевої влади. Так, за 2012-2013 рр. було відкрито в містах Дніпропетровської області 25, в м. Києві – близько 90 нових амбулаторій.

В сільській місцевості зростання числа амбулаторій здійснювалося переважно за рахунок реструктуризації сільських дільничних лікарень (СДЛ) та реорганізації потужних фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів). На кінець 2013 р. всі 215 СДЛ, які функціонували в 2009 році на пілотних територіях, були перетворені в амбулаторії.

Реорганізація СДЛ в лікарські амбулаторії належить до вискоєфективних заходів. За розрахунками департаменту охорони здоров'я

¹ Джерела: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за ред. Р.В. Богатирьової. – К., 2013. – 415 с. [22]; Матеріали моніторингу відповідно до Наказу МОЗ України від 02.11.2012 №866 «Про оцінку оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу та моніторинг модернізації первинної медичної допомоги» (робочі матеріали)

Дніпропетровської обласної державної адміністрації, витрати на перебування одного хворого в СДЛ (де пацієнта практично не лікують, а лише здійснюють за ним нагляд) співставні з витратами на лікування пацієнта в високотехнологічному закладі третинного рівня (2048 і 2494 грн. відповідно в 2010 році), оскільки в СДЛ практично всі кошти (93,9 %) витрачаються на утримання закладу, а в обласній дитячій лікарні (закладі взятому для порівняння) – лише 63,1 %². Щорічний обсяг зекономлених коштів за рахунок реалізації цього заходу лише в Дніпропетровській області склав 26,3 млн. грн. в цінах 2013 р.

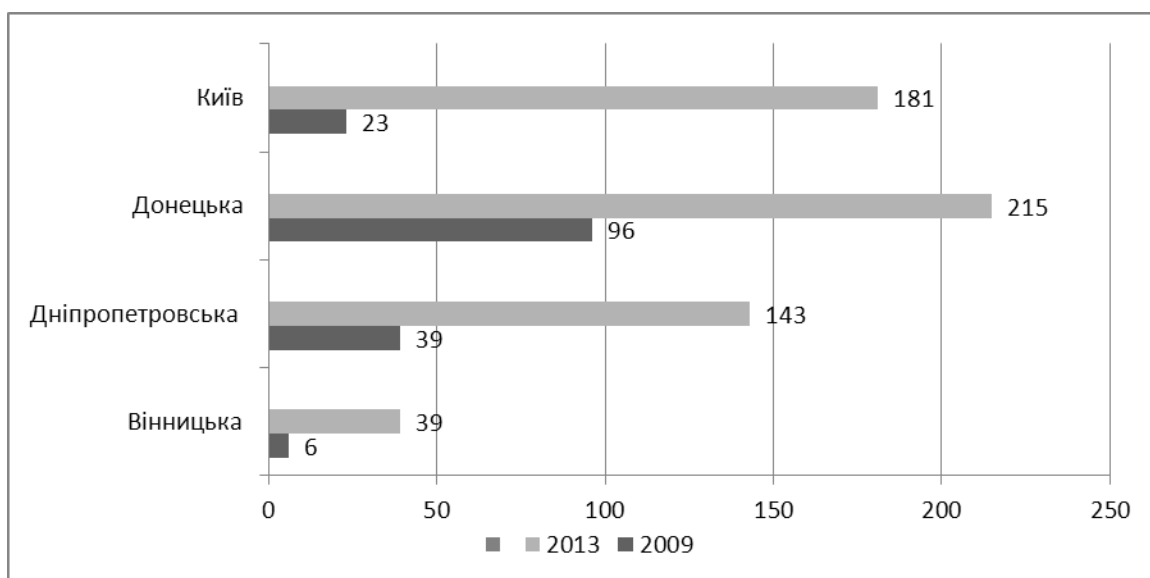


Рис. 3. Динаміка числа відокремлених амбулаторій в містах, 2009-2013рр. (абс. кількість)

При цьому прийняття виважених управлінських рішень дозволяє не втратити доступності медико-соціальних послуг. В одних регіонах (Дніпропетровська область) частина потужностей СДЛ була передана органам соціального захисту для організації територіальних центрів, призначених для соціального супроводу та догляду в цілодобовому режимі, в інших (Донецька область) – увійшли як структурні підрозділи до складу ЦРЛ.

До початку реформ більшість закладів, що надавали первинну допомогу, знаходилися в занедбаному стані. На кінець 2013 р. більшість функціонуючих амбулаторій була капітально відремонтована. Так, в сільській місцевості на кінець 2013 р. потребували капітального ремонту лише 22,3 % амбулаторій (у Вінницькій – 17,1 %, у Дніпропетровській – 24,6 %, у Донецькій – 29,1 %); в

² Матеріали підсумкової колегії департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації за 2010 рік. Робочі матеріали

містах питома вага амбулаторій, що потребували капітального ремонту або реконструкції/перепланування приміщень становила близько третини (31,7 %, у Вінницькій – 32,4 %, у Дніпропетровській – 31,6 %, у Донецькій – 31,6 %).

Структурні перетворення в первинній ланці не обмежувалися розвитком мережі. Значна кількість амбулаторій в пілотних регіонах були повністю укомплектовані обладнанням відповідно до таблицю оснащення (52,1 % та 69,5 % в Дніпропетровській та Донецькій областях), автоматизованими робочими місцями (АРМами) – 44,4 % та 79,9 %, автомобілями – 100 % та 80,4 % відповідно (рис. 4).

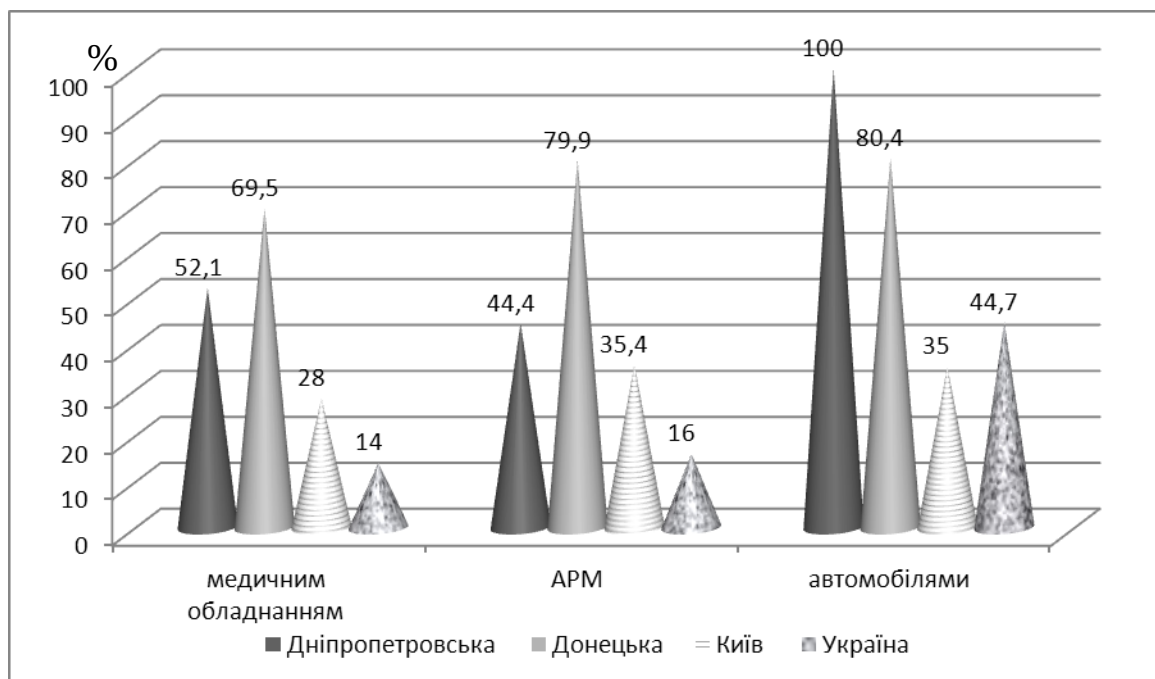


Рис. 4. Порівняльна характеристика матеріально-технічного забезпечення амбулаторій загальної практики-сімейної медицини в пілотних областях та країні в цілому (%)

Дещо нижчі показники по всіх категоріях зареєстровані в м. Києві, що може бути обумовлено недостатньою системністю прийняття взаємопов'язаних рішень. Однак в цілому рівень матеріально-технічного забезпечення амбулаторій на пілотних майданчиках істотно перевищує такий в країні в цілому, що є свідченням пріоритетності розвитку первинної допомоги в цих регіонах.

Наявність санітарного транспорту в кожній амбулаторії не лише поліпшує якість використання робочого часу медичним персоналом при домашньому обслуговуванні, але й дозволяє повноцінно виконувати функції

невідкладної допомоги, які входять до сфери компетенцій первинної допомоги.

Звертає на себе увагу, що органами місцевого самоврядування Дніпропетровської області на придбання обладнання та проведення ремонтів у 2012-2013 роках було виділено 116,5 млн. грн. (78,9 млн. грн. та 37,6 млн. грн. відповідно), що більше за обсяги субвенції з державного бюджету (82 млн. грн.) і ще раз підкреслює необхідність для успішної реформи об'єднання зусиль органів влади всіх рівнів.

Головним ресурсом в будь-якій системі, тим більше в охороні здоров'я є професійно підготовлений персонал. Забезпеченість первинної ланки медичним персоналом є важливим ресурсом, який впливає на загальну результативність системи охорони здоров'я. Про це свідчать результати досліджень в США: в тих штатах, де забезпеченість лікарями первинної ланки більша, менший рівень смертності від ішемічної хвороби серця, онкологічних захворювань та інсульту, більш низькі показники малюкової смертності та частоти новонароджених дітей з низькою вагою, вища очікувана тривалість життя при народженні [33]. За останніми даними асоціації сімейних лікарів Канади збільшення кількості сімейних лікарів на 1 на 10 тис. населення асоціюється зі зниженням смертності на 5,3 % [32].

Зміцнення первинної ланки потребувало створення критичної маси фахівців в сфері первинної допомоги для реальної переорієнтації цього виду допомоги на рейки загальної практики - сімейної медицини (ЗПСМ). Необхідність виконання цього завдання активізувало підготовку випереджаючими темпами в інтернатурі та перепідготовку на курсах спеціалізації за кошти місцевих бюджетів лікарів ЗПСМ та медичних сестер. За три роки (2011 - 2013 рр.) забезпеченість лікарями зросла в регіонах з малочисленною вихідною кількістю цих фахівців (Дніпропетровська, Донецька області та м. Київ) у 2,6 - 2 рази, що істотно перевищувало динамку росту по Україні в цілому (1,2 рази). Темпи зростання в Вінницькій області були нижчими, оскільки на початок експерименту регіон мав досить високий рівень забезпеченості лікарями ЗПСМ (табл. 1). На кінець 2013 р. ПМСД надавалася лікарями ЗПСМ близько половині населення в Дніпропетровській та Донецькій областях, близько 90 % в Вінницькій області і більш ніж третині мешканців столичного регіону.

Підготовка фахівців для потреб ПМСД в пілотних регіонах розглядалася як безперервний процес, завданням якого було підтримка та розширення їх

компетенцій. Для цього були створені регіональні та територіальні тренінгові центри, де відпрацьовувалися необхідні навички. Зокрема в Дніпропетровській області було створено 34 навчально-тренінгових центри, де пройшло підготовку з різних питань 3288 медичних працівників, у т.ч. 1124 (74,2 %) лікарів та 2164 (79,7 %) медичних сестер для ПМСД. При визначенні тематики тренінгів приділялася увага відпрацюванню навичок ведення фізіологічної вагітності, планування сім'ї, профілактики та лікування ВІЛ-інфекції і туберкульозу, роботи з новим обладнанням, яким комплектувалися амбулаторії, формування здорового способу життя.

Таблиця 1

Динаміка забезпеченості лікарями загальної практики/сімейними лікарями в пілотних регіонах, 2011-2013рр.³

Регіони	Забезпеченість лікарями ЗПСМ - на 10 000 населення (абс. чис.)		Зміни 2013/ 2011	% населення, якому в 2013 р. ПМСД надавалася лікарями ЗПСМ
	2011 рік	2013 рік		
Вінницька область	3,73 (607)	4,63 (750)	1,2	86,8
Дніпропетровська область	1,22 (404)	3,2 (1068)	2,6	59,4
Донецька область	1,03 (452)	2,03 (864)	2	43,2
м. Київ	0,97 (241)	1,8 (503)	1,9	38,6
Україна в цілому	1,92 (8794)	2,29 (11349)	1,2	

Виходячи з аналізу міжнародного досвіду організації ПМСД, перш за все Великої Британії [30], та з врахуванням українського контексту основним типом закладів як юридичних осіб для надання ПМСД було визначено ЦПМСД – заклад, до складу якого входять амбулаторії, ФАПи та медичні пункти. Згідно з обґрунтованими Міністерством охорони здоров'я критеріями оптимізації мережі ЗОЗ, ЦПМСД були створені в сільській місцевості у кожному районному центрі; в містах – один на кожне місто з населенням до 100 тисяч

³ Джерело: Аналітична довідка про стан реформування системи охорони здоров'я за 2013 р. (на виконання наказу МОЗ України від 11.06.2013 № 494 «Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я» /Укладач М.В. Шевченко. - К., 2014. – 51 с. (Робочий документ) [1]

жителів, у великих містах та мегаполісах - на кожні 100-150 тисяч населення [14].

Управлінські підрозділи ЦПМСД були зосереджені на функціях: менеджмент, планування, оплата послуг, контроль, постачання, робота з кадрами, звітність тощо. Лікувало-профілактичні підрозділи (амбулаторії, ФАПи) були сфокусовані на безпосередній роботі з пацієнтами. Концентрація управлінських функцій в ЦПМСД дозволило істотно поліпшити якість управління, підвищити справедливість розподілу фінансових витрат між підрозділами (амбулаторіями). За 2012-2013 рр. в пілотних регіонах було створено 186 ЦПМСД (рис. 5).

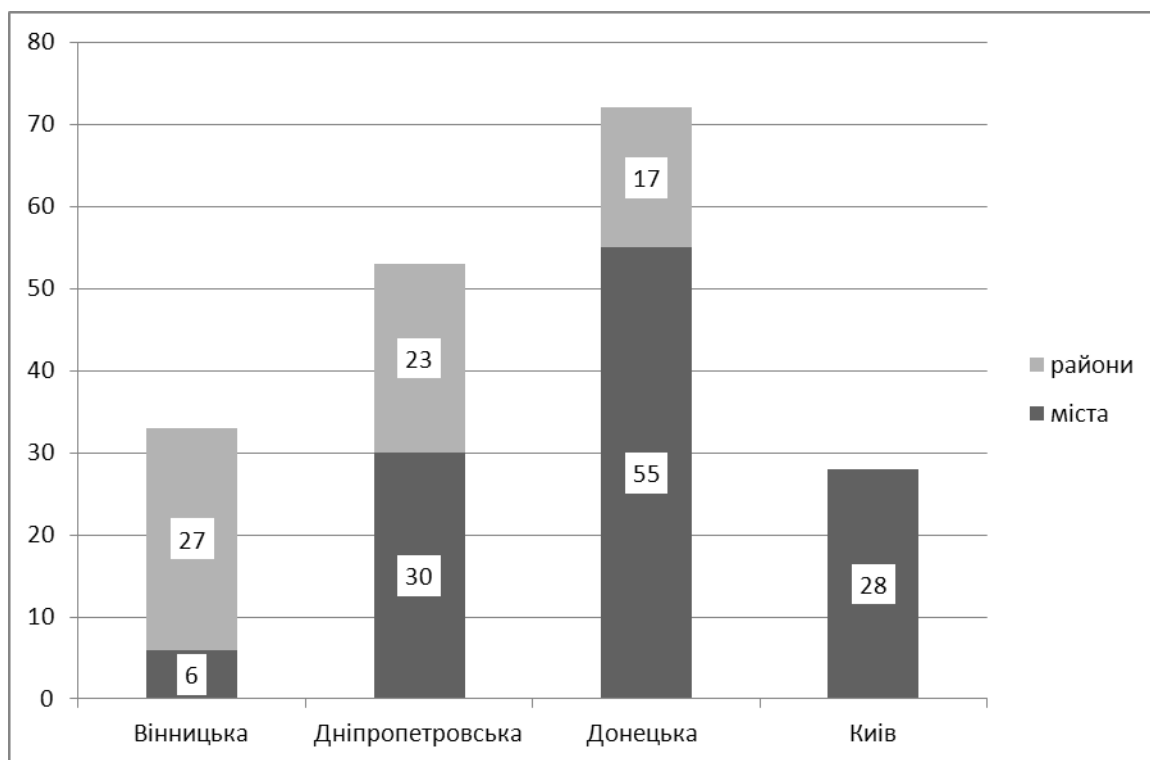


Рис. 5. Кількість ЦПМСД у пілотних регіонах (абс. кількість)

Як видно з рис. 6, до складу одного ЦПМСД в середньому входить 6-8 амбулаторій. Таким чином централізація управлінських функцій в ЦПМСД дозволяє зекономити бюджетні кошти за рахунок скорочення управлінського апарату в кожній амбулаторії.

За підсумками першого (2012р.) року реалізації пілотних проектів, результати структурної реорганізації первинної допомоги, зокрема щодо створення ЦПМСД, були оцінені позитивно. Про це свідчить подальше масове відкриття по всіх регіонах таких установ (на кінець 2013р. - 662 ЦПМСД, діяльність яких охоплювала 85% населення України). Впродовж року видатки

на фінансування первинної допомоги в середньому по Україні зросли практично вдвічі: з 4,33% від загального обсягу фінансування охорони здоров'я з місцевих бюджетів в 2012р. до 8,09% у 2013 р.

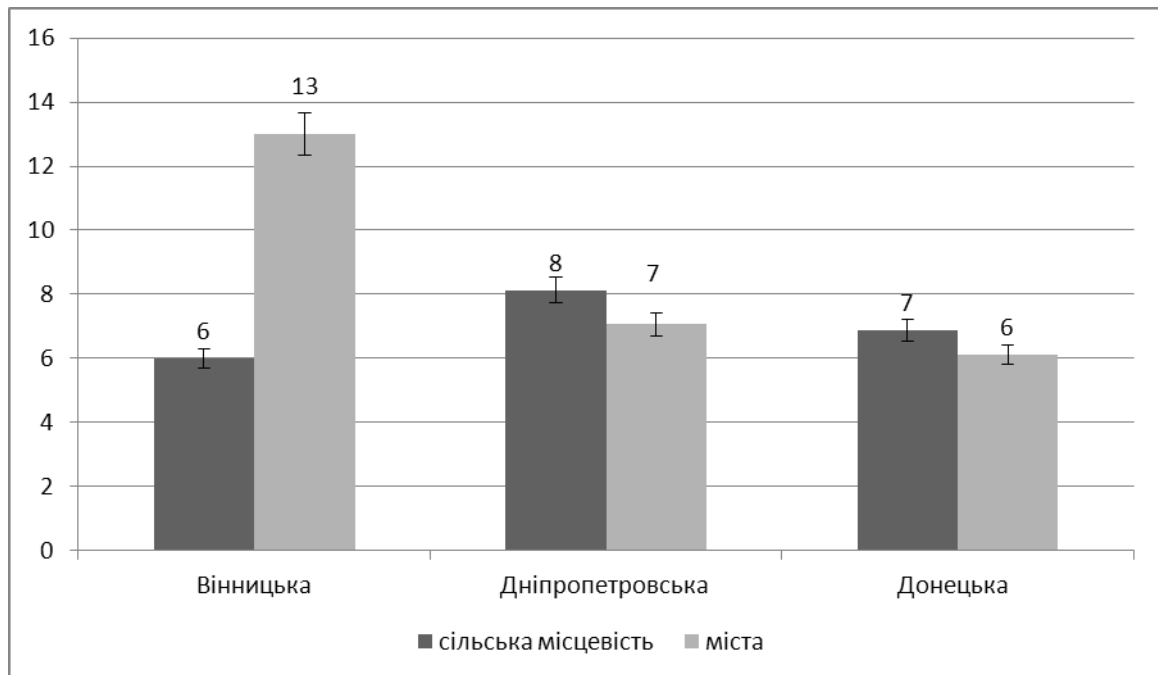


Рис. 6. Середня чисельність амбулаторій ($M \pm m$) на один ЦПМСД в пілотних регіонах⁴

Проблеми. В останні роки здійснюються певні дії, які можуть призвести до руйнування або спотворення ідеї створення центрів ПМД. В рамках реформи децентралізації влади з 2015 року реалізуються прямі міжбюджетні відносини щодо надання медичної субвенції для об'єднаних територіальних громад, мінаючи районний рівень. Низка громад перейменовує медичні заклади – амбулаторії - на своїй території в центри ПМД незалежно від чисельності прикріпленого населення, що нівелює всі переваги функціонування такого типу закладів та провокує збільшення фрагментарності медичного обслуговування. Крім того активно дискутується питання щодо переходу до приватної практики для первинної ланки, переважно індивідуальної [3]. Така організація ПМД навіть в країнах, в яких приватна загальнолікарська практика склалася історично, вважається архаїкою, у зв'язку з чим індивідуальні практики масово

⁴ Джерело: Розрахунки за матеріалами аналітичної довідки про стан реформування системи охорони здоров'я за 2013 р. (на виконання наказу МОЗ України від 11.06.2013 № 494 «Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я»)/ укладач М.В. Шевченко. - К., 2014. – 51 с. (робочі матеріали)

трансформуються у групові, а в деяких країнах (наприклад, Великобританії) управлінські функції навіть групових практик передаються на більш високий рівень надання медичної допомоги з чисельністю обслуговуємого населення до 250 тис.

Шляхи вирішення. В якості тимчасового виходу з ситуації, що склалася на законодавчому рівні щодо фінансування ПМД на рівні територіальних громад, може бути реалізація ініціативи (Дніпропетровська область) про передачу на договірних засадах медичної субвенції з рівня територіальної громади на більш високий – районний або міський рівні. Радикально вирішити цю проблему може підхід, запропонований Міністерством охорони здоров'я України в проекті Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [1], шляхом створення Національної агенції з фінансування охорони здоров'я, яка через свої регіональні відділення здійснює контрактування постачальників послуг всіх рівнів та форм власності з метою закупівлі медичних послуг. Щодо переходу країни до надання ПМД приватними загально лікарськими практиками – необхідно ретельне обґрунтування такої трансформації з врахуванням соціальних, економічних, політичних та інших ризиків.

Дослідження структурної ефективності систем охорони здоров'я, виконане Л.В. Крячковою [8] за спеціально розробленою валідною методикою [11], показало, що в пілотних регіонах розмежування первинної і вторинної медичної допомоги та розвиток інституту загальнолікарської практики / сімейної медицини забезпечили стрімке зростання структурної ефективності регіональних систем охорони здоров'я в цілому (Вінницька область - у 2012 р. збільшення на 61,07 % порівняно з 2009 р.; Дніпропетровська область - збільшення у 2,3 рази; Донецька область - збільшення на 72,33 %) – рис. 7, що дозволило цим трьом регіонам зайняти перші місця в рейтингу областей за цим показником (табл. 2).

Водночас аналіз проведення та результатів структурних перетворень в первинній ланці виявив низку проблемних зон. Проблеми структурної реорганізації первинної допомоги та можливі шляхи їх вирішення представлені у таблиці 3.

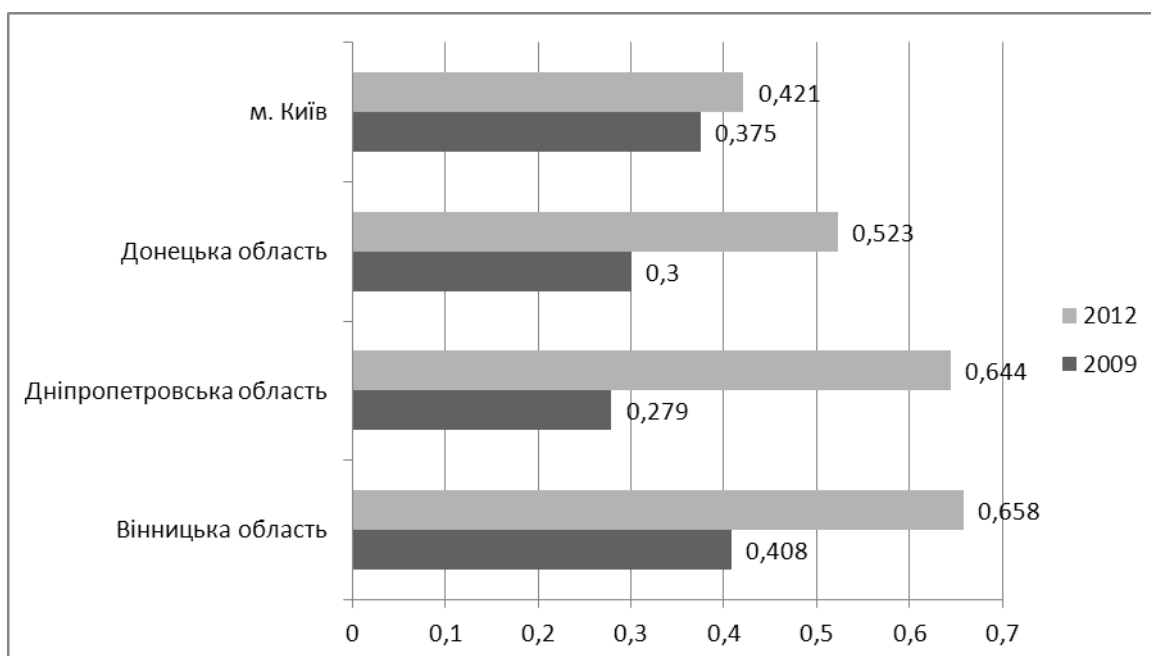


Рис. 7. Динаміка інтегрального показника структурної ефективності систем охорони здоров'я пілотних регіонів

Таблиця 2

Інтегральний показник структурної ефективності систем охорони здоров'я

Адміністративні території/області	2009 рік	% змін	2012 рік	ранг
Вінницька	0,408	61,07	0,658	1
Дніпропетровська	0,279	130,7	0,644	2
Донецька	0,3	72,33	0,523	3
Житомирська	0,429	16,52	0,5	4
Закарпатська	0,539	-8,42	0,494	5
Тернопільська	0,456	6,74	0,487	6
Волинська	0,34	20,5	0,482	7
Автономна республіка Крим	0,292	64,08	0,478	8
Полтавська	0,421	10,29	0,464	9
Миколаївська	0,4	14,81	0,459	10
Харківська	0,402	10,84	0,446	11
м. Севастополь	0,36	22,72	0,442	12
Львівська	0,34	27,19	0,432	13
Одеська	0,28	52,36	0,427	14
м. Київ	0,375	12,21	0,421	15
Сумська	0,349	18,86	0,415	16
Україна в цілому	0,357	15,48	0,412	

Проблеми в структурній первинній медичній допомозі та шляхи їх вирішення

Проблеми	Шляхи вирішення
На початковому етапі реформи системи первинної допомоги можливе негативне ставлення населення, насамперед, міських поселень до обслуговування дітей сімейними лікарями, що обумовлено низкою причин, серед яких: стереотипи поведінки, спротив спеціалістів педіатрів, недостатній професійний рівень сімейних лікарів	Зняття негативної реакції населення потребує: а) проведення інтенсивної роз'яснювальної кампанії серед населення; б) прийняття на рівні менеджменту кожного ЦПМСД виважених рішень щодо поступового з врахуванням професійних можливостей переходу до медичного обслуговування сімейними лікарями дітей різних вікових категорій; в) чіткого дотримання діючого законодавства, яке дозволяє безперешкодне пряме звернення до педіатрів при наявності у дітей проблем зі здоров'ям. Примітка: в пілотних регіонах в 2012р. була розгорнута протестна компанія щодо обслуговування дітей сімейними лікарями на різних інформаційних майданчиках, в тому числі в засобах масової інформації. Проте після проведення комплексу заходів вже до середини 2013 р. ситуація стабілізувалася і навіть відзначились певні ознаки її поліпшення. За даними соціологічного дослідження, проведеного в пілотних регіонах, серед опитаних, діти яких були прикріплені до сімейного лікаря, задоволених діяльністю лікаря було в 2 рази більше, ніж не задоволених (60 % проти 34 %), при цьому частка сімейних лікарів, що надають первинну допомогу пацієнтам від народження і протягом усього життя досягла 62 %⁵.
Негативне ставлення населення до структурного розмежування закладів первинного і вторинного рівнів внаслідок ускладнення проведення лабораторних досліджень, отримання консультацій спеціалістів	Проблема, як свідчить досвід окремих пілотних регіонів, вирішується через: а) запровадження ефективної логістики доставки біоматеріалів в лабораторії закладів вторинного рівня; б) організації за графіком на базі амбулаторій виїзних консультацій фахівців; в) чіткого дотримання діючого законодавства щодо прямого доступу населення до лікарів акушерів-гінекологів, диспансерних хворих до

⁵ Дані соціологічного опитування, проведеного ЦСД «Софія» 13-29 липня 2013 р. (робочі матеріали)

Структурне розмежування первинної та вторинної допомоги може привести, при недостатній координації з боку органів управління, до погіршення взаємодії закладів різних рівнів та невдоволення населення	відповідних спеціалістів; г) розвиток мережі наближених до місця проживання амбулаторій
Значна кількість вузьких спеціалістів в штатних розписах ЦПМСД, що спотворює ідеологію первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини. Причина такого явища полягала в порядку розподілу бюджетних ресурсів між закладами первинної та вторинної допомоги, визначеному Міністерством фінансів [15]. Стрімке підвищення частки видатків на первинну допомогу в 2012р. до 35 %, скоректоване в 2013р. – до 28 % з відповідним зменшенням частки витрат на вторинну допомогу без врахування регіональних відмінностей розвитку первинної	Для оптимізації взаємодії закладів первинної та вторинної допомоги Міністерству охорони здоров'я сумісно з регіональними органами управління охороною здоров'я необхідно більш чітко визначити функції кожного типу закладів, порядок погодження та відповідальності за порушення їх співпраці, в тому числі й з окремими службами (діагностичними тощо) Для приведення штатів ЦПМСД у відповідність до нормативів та виведення з їх складу вузьких спеціалістів можна розглядати два варіанта рішення: 1 - встановити диференційовані частки видатків на первинну і вторинну допомогу для міської та сільської місцевості; 2 - більш доцільне - передати функцію розподілу видатків між первинною та вторинною допомогою на регіональний рівень, що дозволить як диференціювати видатки на первинну допомогу між сільською та міською місцевостями, так і поступово, по мірі підвищення ролі ПМСД в медичному обслуговуванні населення, збільшувати частку видатків на її забезпечення.

допомоги, однаково для міських та сільських поселень спровокувало виникнення ризику незабезпеченості видатків на заробітну плату працівників закладів вторинної та екстреної допомоги, перш за все в містах, що й привело до введення вузьких фахівців в штати ЦПМСД	
Недостатній рівень професійної підготовки фахівців, що надають первинну допомогу	Для підвищення професійного рівня фахівців, що надають первинну допомогу доцільно: а) оптимізувати програми підготовки та перепідготовки лікарів та середнього медичного персоналу; б) вважати пріоритетною формою підготовки сімейних лікарів через інтернатуру; в) проводити перепідготовку сімейних лікарів з числа терапевтів та педіатрів зі стажем роботи не більше 15 років; г) створювати регіональні та місцеві навчально-тренінгові центри для відпрацювання найбільш проблемних навичок та розширення професійних компетенцій лікарів

4.3.2. Вільний вибір пацієнтами лікаря ПМСД та принцип «воротаря»

Можливість вибору і зміни лікаря ЗПСМ розглядається в світовій практиці як невід'ємне право пацієнта і є обов'язковою передумовою для переорієнтації системи охорони здоров'я з потреб медичних організацій на потреби населення. Водночас саме лікар загальної практики - сімейний лікар здатний визначити найбільш раціональний варіант лікування і оптимальний маршрут пацієнта в системі медичного обслуговування. Тому сполучення вільного вибору пацієнтом лікаря ЗПСМ з виконанням останнім контрольно-пропускної функції («воротаря») вважається однією з найважливіших умов керованості медичної допомоги, яка виражається в наданні допомоги на тому рівні і тим фахівцем, який найкращим чином відповідає захворюванню і стану пацієнта (врізка 2).

Врізка 2

Вільний вибір лікаря первинної ланки - механізм забезпечення права громадян вільно обирати / змінювати лікаря, який надає первинну медичну допомогу, для свого постійного медичного обслуговування. Вільне обрання лікаря ПМД може здійснювати самостійно кожна дієздатна особа, яка досягла віку 14 років. Для осіб, які не досягли 14 років, або осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, обрання / зміна лікаря здійснюється їх законними представниками. Періодично, зазвичай 1 раз на рік, але не частіше, ніж 1 раз на півроку, надається можливість змінити лікаря. Вибір оформляється документально шляхом запису особи або сім'ї в список того чи іншого лікаря, і являє собою своєрідний договір між пацієнтом і лікарем. Свобода вибору пацієнтом лікаря формує новий характер взаємовідносин між постачальником (лікарем) і споживачем медичних послуг (пацієнтом) з істотною активізацією останнього і є обов'язковою передумовою для переорієнтації системи охорони здоров'я з потреб медичних установ і служб на потреби населення. Цей механізм повною мірою спрацьовує лише в умовах реальної конкуренції між постачальниками медичних послуг, кожен з яких прагне підвищити якість лікування і задовольнити запити пацієнта.

Принцип «воротаря» – принцип, за яким пацієнт всі медичні послуги отримує у свого сімейного лікаря / лікаря загальної практики або за його направленням. Пацієнти не мають вільного доступу ні до лікарів-спеціалістів, ні в стаціонари. Для отримання амбулаторної спеціалізованої або стаціонарної допомоги потрібно направлення лікаря первинної ланки, який визначає необхідність і вибирає місце і форму надання допомоги. Попереднє направлення **не потрібно** у випадках необхідності надання екстреної медичної допомоги (нещасні випадки і надзвичайні обставини) та в окремих інших випадках, визначених законодавством.

У 2011 р. в Україні в рамках реформи охорони здоров'я були

законодавчо регламентовані вільний вибір пацієнтами лікаря первинної ланки і система їх направлень для отримання вторинної медичної допомоги. Законом також визначено випадки, коли пацієнт може отримувати медичну допомогу без направлення. До них відносяться: екстрені випадки, звернення до лікарів окремих спеціальностей: акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра; звернення хронічних хворих до лікарів фахівців, у яких вони перебувають на диспансерному обліку. Ліберальність такого походу з безліччю вилучень була обумовлена бажанням пом'якшити опір пацієнтів в перехідний період.

В пілотних регіонах реалізація права на вільний вибір лікаря первинної ланки почалася з 2013 р. Кампанія з вибору лікаря не відрізнялася активністю. При цьому змінили лікаря первинного ланки в Донецькій області 1,7 %, у Дніпропетровській області - 0,5 % населення.

До останнього часу доступ до вторинної медичної допомоги не регулювався, оскільки не було чіткого розмежування між первинною і вторинною допомогою. В рамках реформи системи медичного обслуговування в пілотних регіонах впроваджувалося, хоча повільними темпами і у вельми ліберальному режимі (з великими обмеженнями - див. вище) контрольно-пропускна система, що передбачає доступ до вторинної допомоги за направленням лікарів первинної ланки (принцип «воротаря»). Слід зазначити, що в рамках реформи в пілотних регіонах жорстка територіальна прив'язка пацієнтів до певних установ вторинної допомоги була формально скасована, чому сприяло об'єднання коштів для вторинної допомоги на регіональному рівні, і почала відпрацьовуватися схема, коли лікар первинної ланки може скерувати пацієнта до будь-якого лікаря або закладу вторинної допомоги регіону.

Проблеми. Пасивність населення щодо вільного вибору лікаря загальної практики-сімейного лікаря, що пов'язано зі слабкою роз'яснювальною роботою серед населення і низькою зацікавленістю медичного персоналу. Повільно відбувалося і впровадження контрольно-пропускної системи через: а) - широкий спектр законодавчо визначених контингентів, що можуть вільно звертатися до спеціалістів та б) - спротив певних груп населення та лікарів вузьких спеціальностей.

Шляхи вирішення. Для активізації процесу вільного вибору сімейних лікарів необхідне проведення інтенсивної роз'яснювальної роботи серед

населення, розробка та запровадження конкурентних переваг для лікарів, яких населення обирає активно.

Більш широкому застосуванню системи напрямлень може сприяти: формування довіри пацієнтів до лікарів ЗПСМ; реальне обмеження географічної прив'язки до закладів вторинної допомоги, куди лікар ЗПСМ може скеровувати пацієнта; формування об'єктивних та доступних як для лікарів, так і для пацієнтів рейтингів лікарів різних спеціальностей; поступове запровадження матеріальної відповідальності пацієнтів за необгрунтовано самостійне звернення до спеціалістів при негострих станах.

4.3.3. Запровадження договірних відносин

Перехід від кошторисного фінансування до договірних відносин - ще один знаковий елемент нової системи охорони здоров'я в цілому і первинної допомоги зокрема. Закупівля медичних послуг в існуючій системі фактично відсутня. Заклади охорони здоров'я утримуються за рахунок бюджетних коштів і обсяг їх фінансування фактично визначається характеристиками потужності медичних закладів, що не створює стимулів до інтенсивної роботи.

В новій моделі вперше в історії охорони здоров'я України закладені основи переходу до договірних відносин між головними розпорядниками бюджетних коштів та провайдерами медичних послуг, що, за доказовими даними, належать до ключових стратегій підвищення ефективності розподілу та використання ресурсів. Важлива особливість надання медичної допомоги на договірній основі полягає в більш орієнтованому на попит розподілу ресурсів, заснованому на розмежуванні функцій покупців і постачальників медичних послуг, визначенні чітких зобов'язань обох сторін та створенні економічних стимулів для виконання цих зобов'язань [21]. Запровадження контрактних відносин неможливе при кошторисному фінансуванні і потребує підвищення самостійності закладів охорони здоров'я для можливості підвищення гнучкості при використанні ресурсів (врізка 3).

Врізка 3

Договірні відносини – координуючий механізм, альтернативний традиційним для України командно-контрольним моделям управління охороною здоров'я, як в страховій, так і в бюджетній моделях. Договори укладаються між фінансуючою стороною (органом управління охороною здоров'я, страховим фондом тощо) та надавачами медичних послуг (центрами первинної медичної допомоги, лікарнями тощо).

В пілотних регіонах були створено передумови для переходу на договірні відносини між замовниками та надавачами первинної допомоги (ЦПМСД), зокрема розроблено та затверджено форми примірних договорів; розроблено та затверджено на базі програмно-цільового методу перелік типових бюджетних програм, в тому числі для надання ПМСД, заключено договори на надання ПМСД з головними розпорядниками коштів. Для забезпечення можливості більш самостійного розпорядження бюджетними коштами здійснено перехід на фінансування за спрощеною системою (2 коди – поточні та капітальні видатки) первинної (з 2012 р.) та вторинної (з 2013 р.) медичної допомоги.

Проте слід відзначити, що в період 2012-2013 рр. контрактні відносини поки що носили декларативний характер.

Проблеми. Вжитих заходів було недостатньо для практичного застосування контрактних відносин, оскільки:

а) не були підготовлені фінансово-економічні структури органів та закладів охорони здоров'я;

б) контроль за їх запровадженням на всіх рівнях системи був практично відсутнім;

в) не були відпрацьовані технології застосування сучасних методик фінансування (зокрема, капітації / оплата за пацієнта – для ПМСД, глобального бюджету та діагностично-споріднених груп (анг. diagnosisrelated groups - DRGs) – для вторинної допомоги), що не дозволяло поширити досвід первинної ланки на інші види допомоги;

г) при розподілі фінансових коштів між закладами охорони здоров'я зберігалася фактична прив'язка обсягів фінансування до потужностних характеристик закладів (дія наказу МОЗ України від 23.02.2000 №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я») тощо.

Шляхи вирішення. Для підвищення ефективності контрактних відносин необхідно:

1) забезпечити адекватну підготовку керівників та працівників фінансово-економічних підрозділів органів та закладів охорони здоров'я щодо роботи на договірних засадах;

2) чітко визначити критерії відповідальності закладів за результати роботи;

в) використовувати для планування видатків типовий перелік

бюджетних програм, визначений з використанням програмно-цільового методу;

3) поетапно підвищувати можливості прийняття закладами самостійних рішень щодо розподілу перш за все фінансових, а також кадрових та інших ресурсів шляхом автономізації підготовлених до роботи в таких умовах закладів з відповідною зміною їх статусу з бюджетних установ у некомерційні державні або комунальні медичні підприємства;

4) здійснити перехід від розподілу фінансових коштів між медичними закладами за ресурсними показниками до фінансування медичних установ відповідно до обсягів та складності виконуваної роботи.

Останнє потребує розробки нових нормативів навантаження на медичний персонал, які відображають обсяги та складність виконаної роботи (наприклад, нормативне число пролікованих пацієнтів / проведених операцій на рік тощо). Початок такої роботи було покладено в 2013 р., коли була розроблена та затверджена наказом МОЗ України методика нормування навантаження лікарів стаціонарних відділень лікарень, яка базувалася на даних фотохронометражних досліджень - основного методу, який застосовується при нормуванні праці і представляє собою комбіноване спостереження, що поєднує фотографію робочого часу і хронометраж (Наказ МОЗ України від 28.03.2013 №249 «Про затвердження Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу»). З використанням методики були успішно розроблені нормативи навантаження для лікарів стаціонарних відділень окремих спеціальностей (акушери-гінекологи, офтальмологи, оториноларингологи тощо). Однак ця робота була призупинена і не отримала подальшого розвитку.

4.3.4. Запровадження оплати праці, стимулюючої до інтенсивної та якісної роботи

В Україні традиційно ще з радянських часів медичні працівники отримують заробітну плату за відпрацьований час, без урахування реальних результатів роботи, що не сприяє їх заінтересованості в поліпшенні показників здоров'я населення та раціональному використанні ресурсів.

В пілотних регіонах вперше в українській історії була запроваджена

система оплати праці персоналу із застосуванням надбавок за обсяг та якість виконаної роботи [19, 20]. Незважаючи на певні недоліки, такий підхід забезпечив збільшення середнього розміру зарплати на 50-60 % і сприяв певному підвищенню мотивації персоналу, зростанню його відповідальності за результати роботи.

У всіх пілотних регіонах було запроваджено програми «місцевих стимулів», які, залежно від конкретної ситуації на території, включали: забезпечення медичних працівників житлом, мобільним зв'язком, виплату муніципальних надбавок.

Проблеми. Вже згадувалася певна недосконалість методики визначення надбавок, особливо за якість роботи, але провідною проблемою стало те, що виплати здійснювалися з коштів спеціальної державної субвенції. Відміна субвенції призвела до зупинки всього механізму, в результаті прийняті урядові документи були скасовані.

Шляхи вирішення. Для підвищення ефективності мотивації медичного персоналу до інтенсивної та якісної роботи рекомендується:

- а) доопрацювання методики встановлення надбавок;
- б) нормативне врегулювання виділення в кошторисах закладів фондів для виплати надбавок за якість та інтенсивність;
- в) обґрунтування та розробка методики колективної (на рівні амбулаторії) відповідальності за результати діяльності.

4.4. Реформування системи екстреної медичної допомоги

В рамках реформи системи медичного обслуговування розвиток екстреної, як і первинної медичної допомоги, було віднесено до пріоритетних напрямків. Перші результати розпочатої в пілотних регіонах в 2012 р. реформи екстреної медичної допомоги (ЕМД) показали її дієвість, що й сприяло прийняттю Закону про екстрену медичну допомогу для поширення перетворень на всю країну.

В результаті структура служби ЕМД зазнала кардинальних змін. Замість роздроблених по адміністративних територіях (містах і районах) служб ЕМД з підпорядкуванням місцевим органам охорони здоров'я та фінансуванню відповідних структур з місцевих бюджетів, були створені регіональні центри ЕМД та медицини катастроф, на які покладено забезпечення організації та надання ЕМД на території відповідного регіону

та які фінансуються з регіонального (обласного) бюджету. До складу центрів входять територіальні відділення ЕМД. Для поліпшення доступності ЕМД передбачено формування також пунктів постійного і тимчасового базування, оптимізацію забезпеченості бригадами ЕМД. Крім того, реформа служби передбачає розмежування екстреної та невідкладної (не екстреної) медичної допомоги. Визначено попередній перелік екстрених і не екстрених викликів. Функції надання допомоги при невідкладних (не екстрених) викликах покладаються в основному на службу первинної допомоги.

Після вступу в силу закону про ЕМД в 2013 р. у всіх регіонах були створені Центри ЕМД та медицини катастроф та забезпечено їх фінансування з регіональних бюджетів.

Були зроблені безпрецедентні за всі роки незалежності України заходи з оновлення автопарку спеціалізованого санітарного транспорту для потреб системи ЕМД (закуплено 1400 автомобілів) та забезпечення бригад ЕМД медикаментами і виробами медичного призначення (за рахунок субвенцій з державного бюджету було майже в п'ять разів збільшено медикаментозне наповнення кожного виклику екстреної медичної допомоги в усіх регіонах України).

В 4-х пілотних регіонах на кінець 2013 р. створено 250 пунктів постійного / тимчасового базування бригад екстреної медичної допомоги (99 пунктів у Дніпропетровській області, 29 - у м. Києві). Автотранспорт екстреної медичної допомоги був обладнаний GPS-навігацією, всі бригади екстреної допомоги були забезпечені засобами радіо- та мобільного зв'язку [1].

Незважаючи на короткий період, з початку функціонування нової системи екстреної допомоги число бригад екстреної медичної допомоги збільшилася - до 3407 або 0,75 на 10 000 населення. Піддалася змінам і структура бригад: питома вага загальнолікарських бригад практично не змінилася (34 %), в той же час зменшилася частка спеціалізованих бригад - до 6,4 % і зросла частка фельдшерських бригад - до 60 %, що сприяло зменшенню непрофільності виїздів (табл. 4.).

Одним з найважливіших індикаторів якості функціонування екстреної допомоги є час доїзду бригади до місця виклику. В даний час в Україні діють диференційовані нормативи доїзду бригад екстреної медичної допомоги до місця виклику - 10 хвилин в міській і 20 хвилин у сільській місцевості. Як на

пілотних територіях, так і в країні цілому в 2013 р. реєструвалися високі показники досягнення зазначених нормативів (в містах коливання в межах 86,1 - 91,3 %, в сільській місцевості - в межах 83,6 - 90,2 %) – рис. 8, що експерти пов'язують з комплексом факторів: розмежуванням функцій невідкладної та екстреної допомоги та поліпшенням діяльності системи первинної медичної допомоги в сфері надання невідкладної допомоги (частота звернень за екстреною медичною допомогою в 2013 р. порівняно з 2007 р. скоротилася практично на 20 %) , створенням розгалуженої системи пунктів постійного та тимчасового базування (в Дніпропетровській області радіус доїзду в містах складає 10 км, в сільській місцевості – 20 км).

Таблиця 4

Характеристики екстреної медичної допомоги в пілотних регіонах та Україні в цілому, 2013р.

Показники	Вінницька область	Дніпропетровська область	Донецька область	м. Київ	Україна
Забезпеченість бригадами ЕМД	0,74	0,85	0,8	0,4	0,75
Забезпеченість бригад ЕМД мобільним зв'язком, GPS – навігацією	частково	100%	частково	100%	
Чисельність пунктів постійного / тимчасового базування	50	99	72	29	н/д
Структура бригад ЕМД:					
- фельдшерських	59,2	64,2	46,3	10,5	59,6
- лікарських, в т.ч. спеціалізованих	40,8 (7,5)	35,8 (3,5)	53,7 (11,7)	89,5 (10,5)	40,4 (6,4)

Водночас об'єктивність характеристик доїзду викликає сумніви. Реальні дані будуть отримані після введення в експлуатацію централізованих диспетчерських служб, коли реєстрація часу доїзду буде здійснюватися без втручання людського фактора.

Проблеми. Ключова роль у функціонуванні нової системи ЕМД належить оперативно-диспетчерським службам — структурним підрозділам

центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, які з використанням телекомунікаційних мереж, програмних, технічних та інших засобів повинні забезпечувати в цілодобовому режимі прийняття викликів екстреної медичної допомоги з усієї території області, їх обробку та оперативне реагування на них, зокрема — передачу відділенням і відповідним бригадам ЕМД інформації про виклик, визначення закладів охорони здоров'я, куди бригада повинна здійснювати перевезення пацієнта, та інформування про це бригад екстреної допомоги та відповідних установ.

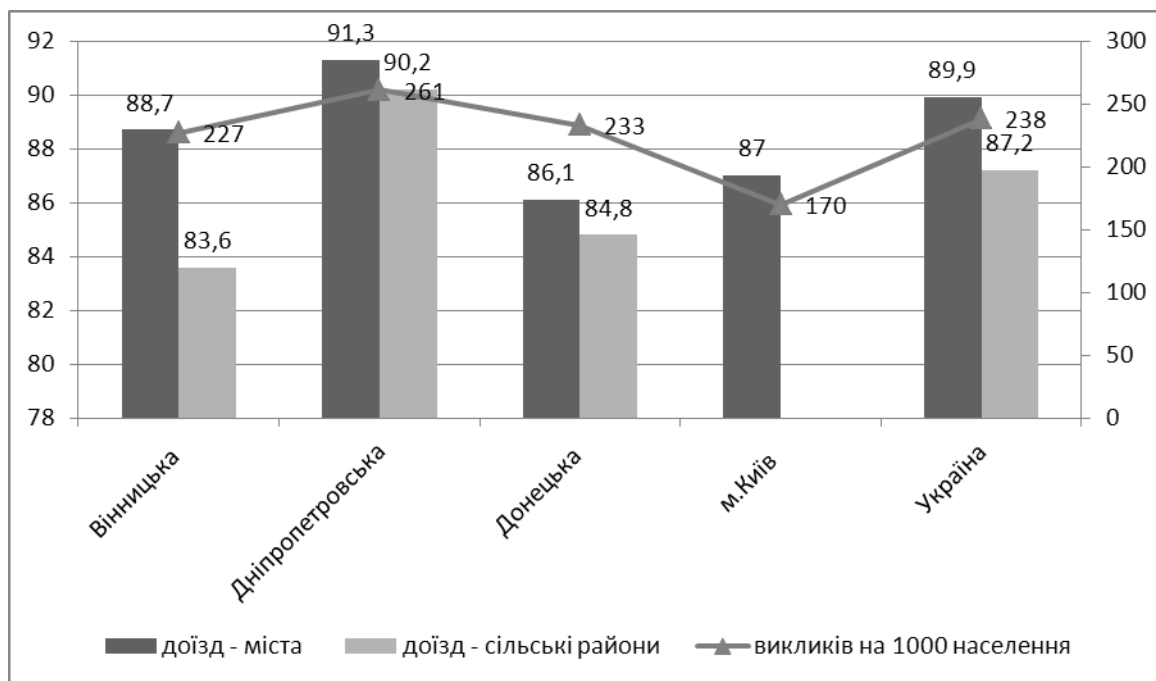


Рис.8. Своєчасність доїзду бригад та частота викликів ЕМД

Проте плани реалізації національного проекту «Вчасна допомога», спрямованого на створення єдиних регіональних оперативно диспетчерських служб були провалені [25]. В експлуатацію введена лише одна централізована диспетчерська в Дніпропетровській області в 2015 р., яка поступово виходить на заплановану потужність.

Існують й інші істотні перешкоди для функціонування централізованих диспетчерських: відсутні стандартизовані опитувальники для диспетчерів; не опрацьовані сучасні технології направлення бригад ЕМД для обслуговування викликів.

Крім того, потребують удосконалення розмежування невідкладної та екстреної медичної допомоги та взаємодія відповідних служб (первинної

допомоги та ЕМД).

Ефективність служби ЕМД залежить також від позагалузевих чинників: стану доріг, освітлення вулиць, наявності нумерації будинків тощо.

.5. Реформування вторинної медичної допомоги

Реформа вторинного рівня медичної допомоги в пілотних регіонах була віднесена до другого етапу перетворень (після визначення й апробації основних форм і механізмів організації первинної та екстреної медичної допомоги). В 2012-2013рр. проводилася підготовча робота до структурної реорганізації вторинної допомоги: розроблені плани реорганізації існуючих лікарень залежно від інтенсивності наданої в них допомоги в лікарні інтенсивного, планового, відновного лікування, хоспіси або спеціалізовані центри зі схемами так званих госпітальних округів (врізка 4); плани перспективного розвитку кожного закладу охорони здоров'я, який надає вторинну допомогу; були реорганізовані у амбулаторії сільські дільничні лікарні (див. вище).

Врізка 4

Госпітальний округ

Госпітальний округ об'єднує заклади декількох сільських районів або міст та районів або районів великого міста в залежності від щільності та характеру розселення населення, з врахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу медичних закладів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг.

У межах однієї адміністративно-територіальної одиниці може бути створено більше ніж один госпітальний округ (наприклад, у великих містах).

Госпітальний округ не є структурною одиницею, а розглядається як форма:

- упорядкування надання вторинної медичної допомоги,
- подолання дублювання діяльності бюджетних закладів, які належать різним територіальним громадам,
- підвищення доступності та якості вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги,
- підвищення ефективності використання ресурсів вторинної медичної допомоги.

Формування потужних пулів для надання вторинної допомоги на регіональному рівні дозволило запустити реальний процес перетворень цього виду медичної допомоги, результати якого можна простежити лише за даними одного регіону (Дніпропетровська область), де концентрація коштів для надання вторинної допомоги була дійсно реалізована.

Проміжні результати, отримані в Дніпропетровській області свідчать, що об'єднання коштів для надання вторинної медичної допомоги на

регіональному рівні дозволило підвищити доступність цього виду за рахунок її регіональної екстериторіальності та забезпечення можливості вибору для отримання допомоги медичного закладу, адекватного стану пацієнта, привести видатки на медикаменти та харчування у закладах, що надають спеціалізовану медичну допомогу, до єдиних нормативів з їх збільшенням в 2 рази [6].

Особлива увага приділялася формуванню раціональних маршрутів пацієнтів, насамперед тих, що потребують ургентної допомоги для їх доставки службою екстреної допомоги в ЗОЗ вторинного рівня, в яких є можливості для надання якісної медичної допомоги і таким чином реалізувати проголошений видатним американським економістом Майклом Портером принцип «Якість, а не дислокація» [18] . В першу чергу були розроблені маршрути для хірургічних хворих (з гострими хірургічними захворюваннями) та вагітних.

Лише за один рік (з 2012 р. до 2013 р.) застосування інструменту маршрутизації з формуванням маршрутів доставки хворих з гострими хірургічними захворюваннями в ЗОЗ області, які забезпечені кадровим та матеріально-технічним ресурсом для надання цілодобової інтенсивної допомоги, дозволило зменшити в 5,3 рази перетранспортування хворих; в 2,8 рази - кількість виїздів санітарної авіації та в 4,3 рази - число оперативних втручань, виконаних цією службою; зменшити післяопераційну летальність при гострому апендициті з 0,038 до 0; при гострій кишковій непрохідності - з 4,97 до 3,88; при гострому панкреатиті - з 0,5 до 0,45; при кровотечах - з 17,2 до 4,8 (табл. 5).

Ще більш вагомі результати були отримані в системі перинатальної допомоги, оскільки процес її реорганізації розпочався задовго до запуску пілотного проекту (в 2001 р.), однак базувався на тих же принципах, за якими здійснювалася реформа медичного обслуговування останнього періоду, та був поєднаний з реалізацією проекту «Нове життя», який передбачав створення перинатальних центрів. Комплекс проведених заходів дозволив [2] зменшити загальну кількість пологових стаціонарів в регіоні на 44 %, а малопотужних – на 86 %, радикально зменшити частку пологів, які приймаються у малопотужних стаціонарах - з 21,4 % до 2,3 %, зконцентрувати 98,8 % пологів з високим та вкрай високим рівнем ризику в потужних стаціонарах, що призвело до зниження на 41 % малюкової смертності (табл. 6).

**Динаміка деяких показників медичної допомоги при невідкладних
захворюваннях черевної порожнини
(Дніпропетровська область, 2012-2013рр.)⁶**

Показники	2012	2013
Кількість виїздів санітарної авіації		Зменшилася в 2,8 рази
Кількість операцій, виконаних санітарною авіацією		Зменшилася в 4,3 рази
Перетранспортування хворих в інші ЗОЗ		Зменшилася в 5,3 рази
Летальність при:		
-- проривній виразці	4,1%	3,4%
-- кровотечах	17,02%	4,8%
-- кишковій непрохідності	4,97%	3,88

Також було розпочато процес виваженої концентрації технічних та кадрових ресурсів у потужних лікарнях з запровадженням сучасних медичних технологій задля задоволення об'єктивних потреб населення в якісній та доступній спеціалізованій медичній допомозі. Так, у Павлоградській міській лікарні №4 – регіональному закладі, який після пулінгу коштів на регіональному рівні почав надавати багатопрофільну та інтенсивну допомоги мешканцям м. Павлограду та 4-х прилеглих адміністративних територій, було зосереджено сучасне обладнання (лапароскопи, апарати для доплерографії, комп'ютерний томограф тощо) та кадровий потенціал, необхідний для надання медичної допомоги в цілодобовому режимі, що дозволило за 2 роки (2012 – 2013 рр.) впровадити новітні технології: тромболізис при гострому інфаркті міокарді та інсульті, проведення ендоскопічного гемостазу, ендопротезування кульшового суглоба, лапароскопічні втручання на жовчному міхурі; збільшити в 2 рази кількість пролікованих пацієнтів з території обслуговування; збільшити в 3 рази кількість малоінвазивних методів оперативного втручання і в результаті знизити в 2 рази летальність від гострого інфаркту міокарду; на 17 % зменшити середню тривалість перебування хворого на ліжку.

Пулінг коштів при інтенсивному та професійному менеджменті з боку обласної влади (виконавчої, представницької, за участю органу управління

⁶ Джерело: Робочі матеріали департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

охороною здоров'я) дозволив збільшити рівень гарантій та справедливість видатків при наданні спеціалізованої допомоги. Видатки на медикаменти та харчування були приведені до єдиних нормативів і збільшені в середньому більше, ніж у 2 рази та диференційовані за профілем ліжок: фінансування одного ліжко-дня було збільшено з 1,5 до 3 грн. в ЗОЗ на різних територіях до 60 грн. в реанімаційних, 25 грн. в хірургічних, 18 грн. в пологових; 5-7 грн. в терапевтичних відділеннях, 50 грн. у відділеннях патології новонароджених незалежно від територіальної приналежності закладу; видатки на харчування були збільшені у всіх закладах від 1 грн. до 7 грн.

Таблиця 6

**Динаміка показників перинатальної допомоги
(Дніпропетровська область, 2001-2013рр.)**

Показники	Динаміка
Загальне число пологових стаціонарів родопомічних закладів /підрозділів	- на 44%, при збільшенні числа пологів практично на 40%
Число малопотужних пологових стаціонарів (менше 400 пологів на рік)	- на 86%
Частка пологів, які приймаються в потужних пологових стаціонарах	+ з 66,6% до 87,5%
Частка пологів, які приймаються в пологових стаціонарах малої потужності	- з 21,4% до 2,3%
Частка роділь з високим та вкрай високим рівнем ризику, що відбулись в потужних стаціонарах	+ з 71,6% до 98,8%
Малюкова смертність	- на 41% (з 12,9‰ до 7,6‰)

Проблеми. Навіть на початковому етапі реформи вторинної допомоги видно, що її здійснення – складна ресурсоемна задача, вирішення якої потребує як значних інвестицій, так і розробки складних управлінських рішень, напрацювання великого обсягу нових методичних та нормативних документів, навчання та перенавчання персоналу, що без пріоритезації такої діяльності може всю роботу звести нанівець без отримання очікуваних результатів.

Шляхи вирішення. Відмовитися на сучасному етапі реформ від існуючого змістовного наповнення поняття госпітальний округ, яке передбачає реорганізацію всієї мережі закладів вторинної допомоги, і зосередитися в першу чергу на закладах, що надають інтенсивну допомогу,

забезпечивши приведення у відповідність функціям їх кадрові та матеріально-технічні ресурси. Створення реальних лікарень інтенсивного лікування призведе до зміни їх функцій і реорганізація закладів інших типів буде відбуватися поступово природнім шляхом.

4.6. Заходи щодо підвищення доступності лікарських засобів

В 2012 - 2013 рр. в Україні реалізовувався пілотний проект щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації (врізка 5).

Врізка 5

Референтні ціни на ліки та реімбурсація

Референтне ціноутворення - практика використання цін / ціни на лікарський засіб в одній або декількох країнах з метою розробки стандартної або референтної ціни для встановлення або проведення переговорів про ціну продукту в даній країні. «Кошик» країн для встановлення референтної ціни традиційно формують країни з подібним рівнем економічного розвитку і / або географічною близькістю (для України рекомендується враховувати ціни на такі засоби, встановлені у Болгарії, Молдові, Польщі, Словаччині та Чехії).

Реімбурсація (англ. reimbursement - виплата компенсацій) - загальноприйнята назва в міжнародній практиці охорони здоров'я процесу, за допомогою якого система охорони здоров'я впливає на доступність лікарських засобів для населення.

Реімбурсація - це механізм забезпечення населення лікарськими засобами, який передбачає адресне (персональне) відшкодування вартості призначеного лікарем лікування. Реімбурсація дає можливість пацієнту отримувати потрібні ліки через аптечну мережу з наступною повною або частковою компенсацією витрат пацієнта страховими або державними установами.

Суть проекту полягала в тому, що всі зареєстровані в Україні лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою розподілялися на 3 групи:

- 1 - вартість яких підлягає відшкодуванню в розмірі 90 %;
- 2 - вартість яких підлягає відшкодуванню в розмірі менше 90 %;
- 3 - вартість яких не відшкодовується.

Дія проекту поширювалася на генеричні препарати, які виробляються з дотриманням вимог належної виробничої практики - з 323 затверджених позицій лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою відшкодуванню підлягали 164 найменування, що мали сертифікат

підтвердження відповідності вимогам належної виробничої практики (Good Manufacturing Practice - GMP) та ціни на які задекларовані на рівні або нижче граничного рівня оптово-відпускних цін.

Відпуск антигіпертензивних лікарських засобів в рамках пілотного проекту здійснювався за рецептами, виписаними закладами охорони здоров'я, аптеками, перелік яких визначався регіональними органами охорони здоров'я. Останні здійснювали відпуск лікарських засобів з оплатою споживачем різниці між фактичною роздрібною ціною, встановленою на момент придбання лікарського засобу, та референтною ціною, затвердженою МОЗ. Для часткового відшкодування громадянам вартості гіпотензивних ліків передбачалася субвенція з державного бюджету: у 2012 р. – у розмірі 40 млн. гривень (~ 5 млн. доларів США), в 2013 р. – 191,6 млн. гривень (~ 24 млн. доларів США).

Перші результати впровадження державного регулювання цін на основі референтних цін та відшкодування вартості лікарських засобів виявилися досить успішними: ціни на антигіпертензивні препарати в цілому по ринку зменшилися на 9,3 % (на тлі підвищення середньозважених ринкових цін на лікарські засоби в 2013 році на 9,7 %); зросло споживання препаратів на 24 % насамперед за рахунок більш дешевих вітчизняних препаратів, вартість яких відшкодовувалась (рис. 9). Все це могло стати фундаментальною основою для запровадження контрольованого лікування артеріальної гіпертензії і таким чином радикального зменшення частоти інфарктів та інсультів – провідних причин смертності в Україні.

Для забезпечення фізичної доступності лікарських засобів в сільській місцевості стали масово відкриватися аптечні заклади (аптеки і аптечні пункти) – рис. 10. За період 2009 - 2013 рр. їх кількість збільшилася на 62,5 %.

Крім того з метою поліпшення забезпечення сільського населення лікарськими засобами введена нова норма: в разі відсутності аптеки або структурного підрозділу аптеки дозволено здійснення роздрібної торгівлі лікарськими засобами за переліком, встановленим наказом Міністерства охорони здоров'я України, в приміщеннях ФАПів, сільських, дільничних лікарень, амбулаторій загальної практики сімейної медицини працівниками цих установ, що мають медичну освіту.

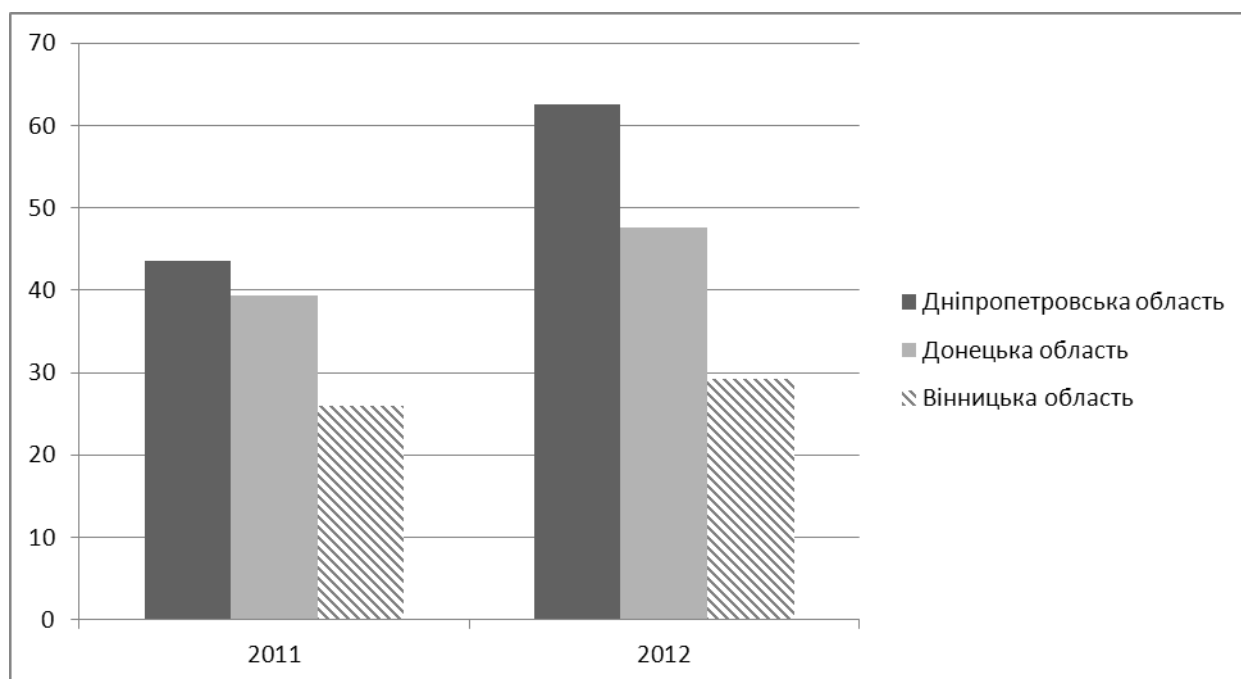


Рис. 9. Динаміка продаж антигіпертензивних препаратів у 2012 – 2013 рр.⁷

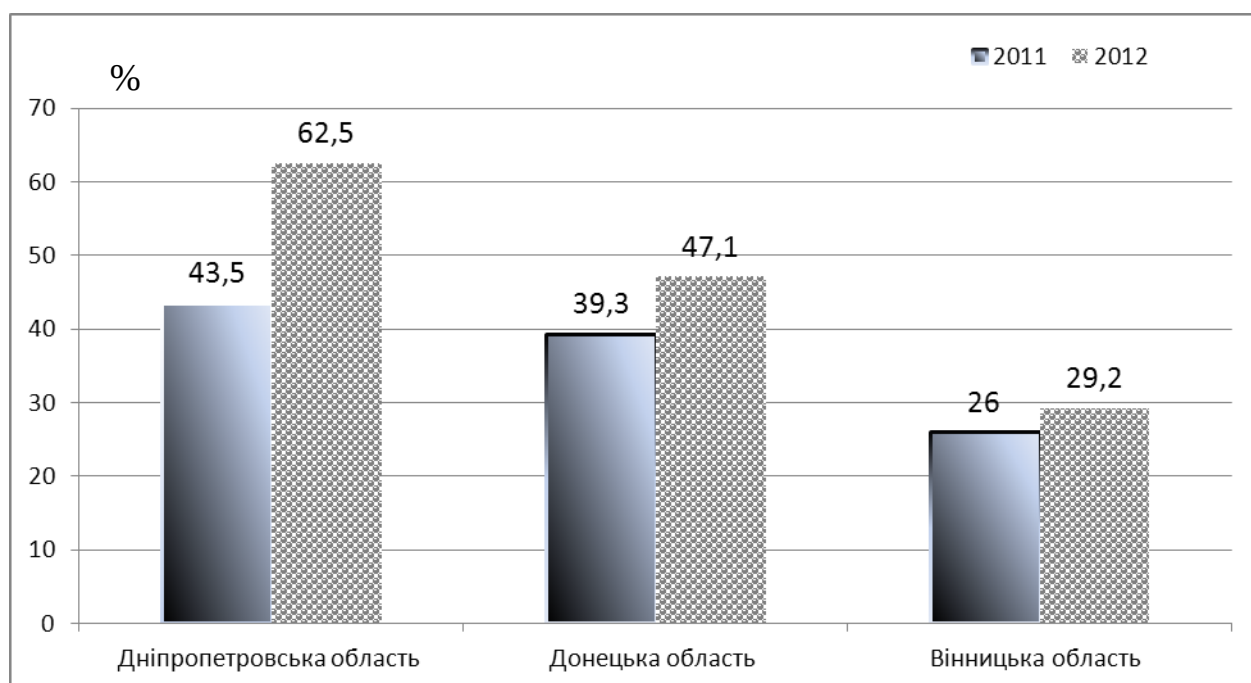


Рис. 10. Питома вага СЛА і ФАПів, які мають пункти реалізації лікарських засобів (%)

⁷ Джерело: Система дослідження ринку «PharmXplorer»

5. ЗАКЛЮЧЕННЯ

Аналіз результатів реформування системи медичного обслуговування в пілотних регіонах підтвердив обґрунтованість та виваженість запропонованих стратегічних підходів до реформування системи охорони здоров'я.

В процесі реалізації пілотних проектів було доведено доцільність та ефективність:

1) розмежування ПМСД та вторинної медичної допомоги з розвитком ПМСД на засадах загальної практики-сімейної медицини, зі створенням центрів ПМСД з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості;

2) пулінгу фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні;

3) запровадження системи маршрутизації пацієнтів до ЗОЗ, що відповідають важкості та складності захворювання;

4) впровадження (за умов методичного удосконалення) оплати праці за обсяги та якість роботи;

5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації.

За умови доопрацювання деяких проблемних питань, виявлених при їх застосуванні, ці механізми доцільно поширити на всі регіони країни. Обов'язковою умовою для переходу до широкомасштабного використання є навчання фахівців та підтримка влади всіх рівнів.

Широке запровадження інших елементів реформи, зокрема підходів до структурно-функціональних перетворень в сфері вторинної та третинної медичної допомоги, автономізації закладів охорони здоров'я, контрактних відносин, методів оплати медичних послуг в закладах різних рівнів медичної допомоги потребує попереднього додаткового нормативного врегулювання та ретельного їх відпрацювання в пілотному режимі.

Напрацьовані сьогодні проекти документів, зокрема:

- Проект концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України (документ МОЗ)
- Проект концепції реформи фінансування системи охорони

здоров'я України (документ МОЗ)

- Проект Закону про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я (2309а-д від 10.12.2015), який передбачає законодавче врегулювання автономізації закладів охорони здоров'я;
- Проект Закону про засади державної політики охорони здоров'я (2409-а від 17.07.2015);
- Проект Закону про організацію медичного обслуговування населення в Україні (4456 від 15.04.2016), які за умови їх прийняття відповідними органами та коректної реалізації дозволять забезпечити системність та наступність перетворень в такій важливій галузі, як охорона здоров'я, яка значною мірою забезпечує самопочуття громадян та істотно впливає на стан національної безпеки нашої країни.

Список використаної літератури

1. Аналітична довідка про стан реформування системи охорони здоров'я за 2013 р. (на виконання наказу МОЗ України від 11.06.2013 № 494 «Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я» / Укладач М.В. Шевченко. - К., 2014. – 51 с. (Робочий документ)
2. Гінзбург В.Г. Результати регіоналізації перинатальної допомоги в Дніпропетровській області / В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - №2-3 (22-23). - С. 27-31.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности / [Всемирная организация здравоохранения]. – Женева : Издательство ВОЗ, 2000. – 232 с.
4. Закон України від 07.07. 2011 № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській Донецькій областях та місті Києві»
5. Закон України від 05.07. 2012 № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу»
6. Звіт про стан реалізації пілотного проекту реформування системи охорони здоров'я в Дніпропетровській області. Робочі матеріали Департаменту управління охороною здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації, 2014р. – 11 с.

7. Крячкова Л. В. Досвід оцінки чутливості регіональних систем охорони здоров'я на підставі опитування домогосподарств / Л. В. Крячкова // Сучасні медичні технології. - 2014. - № 3 (23). - С. 92 – 98.
8. Крячкова Л.В. Медико-соціальне обґрунтування системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення: автореф. дис.... докт. мед. наук: спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» / Л. В.Крячкова. – Харків, 2015. - 44 с.
9. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2010. - № 1. - С. 5-23.
10. Лехан В.М.Модернізація первинної медичної допомоги населенню України в руслі світових тенденцій / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, В.Г.Гінзбург, Л.В.Крячкова, М.В.Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - № 2 (22). - С. 63-69.
11. Лехан В.М. Методика оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я : методичні рекомендації 151.13/304.13 / уклад. : В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко ; МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, ДЗ «ДМА МОЗ України». - К., 2013. – 36 с.
12. Лехан В. М. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Е. В. Борвінко // Медицина сьогодні і завтра. - 2013. - № 4. - С. 99-105.
13. Лехан В.М. Новая модель надання первинної медико-санітарної допомоги - досвід пілотних регіонів / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, В.Г.Гінзбург, Л.В.Крячкова, М.В.Шевченко // Wiadomosci Lekarskie. - 2014, Tom LXVII, gr.2czesc. II, P.210-214.
14. Наказ МОЗ України від 05.10.2011 №646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»
15. Наказ МОЗ України від 15.05.2013 № 373 «Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги»
16. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в

- Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс] / Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні,. 2015. – 41 с.- Режим доступу: <http://healthsag.org.ua/strategiya/>
17. 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.
18. Портер М. Переосмислення системи здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат / Майкл Портер, Тайсберг Элизабет Ольмстед. – К. : Издательство Алексея Капусты (подразделение Агенства «Стандарт»)), 2007. – 620 с.
19. Постанова Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я» (скасована)
20. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2013 р. № 395 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я» (скасована)
21. Салтман Р.Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р.Б.Салтман, Дж.Фигейрас: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.
22. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – 415 с.
23. Building primary care in a changing Europe. Case studies / D.S. Kringos, W.G.W. Boerma, A. Hutchinson, R.B. Saltman. - European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2015. – 315p.
24. Figueras J. Health systems in transition: learning from experience / J.Figueras, M.McKee, J.Cain, and S.Lessofo (Eds.). World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. - 153p.
25. Health Systems Financing. The path to universal coverage. World Health Organization: The World Health Report, 2010. – 128p.
26. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy, 2001. 56. – С.171–204.

27. Lekhan V., Rudyi V., Shishkin S. The Ukrainian health financing system and options for reform. Copenhagen, WHO, 2007.- 33p. Електронний документ: E90754.pdf
28. Lekhan VN, Rudyi VM, Shevchenko MV, Nitzan Kaluski D, Richardson E. Ukraine: Health system review. Health Systems in Transition, 2015; 17(2): 1–153.
29. McKee M. Hospitals in a changing Europe: options for Europe./ M.McKee, J.Healy. European Observatory on Health Care. Buckingem: Open University Press, 2002. – 324 p.
30. Roland Martin Primary Medical Care in the United Kingdom / Martin Roland, Bruce Guthrie, David Colin Thomé // Journal of the American Board of Family Medicine(JABFM). - July-August 2015, 28 (4) - P.6-11.
31. Saltman R.B. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care / R.B. Saltman, A. Rico, W.G.W. Boerma. – European Observatory on Health Systems and Policies Series : Open University Press, 2006. – 286 p.
32. Schoen C. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries / C. Schoen, R. Osborn, P.T. Huynh [et al.] // Health Affairs. - 2005. - W5. – P.509-525.
33. Starfield B., Macinko LJ. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly. 2005,83.Is. 3:457-502.

Контрольні запитання

1. Що таке процес управління змінами? Сфера його застосування при реформі охорони здоров'я?
2. Що таке принцип унікальності в управлінні змінами?
3. Коли розпочалися реформи системи охорони здоров'я в Україні?
4. В чому причини неефективності реформи системи охорони здоров'я першого десятиріччя 21 сторіччя?
5. Дайте визначення реформи в сфері охорони здоров'я.
6. Які основні компоненти реформи системи охорони здоров'я в Україні?
7. Які позитивні наслідки об'єднання (пулінгу) коштів медичного обслуговування населення?
8. Які складові реформування первинної медичної допомоги в пілотних регіонах?

9. Назвіть позитивні наслідки, проблеми та шляхи вирішення структурної оптимізації первинної медичної допомоги.
10. Для чого необхідним є розвиток мережі закладів/підрозділів первинної медичної допомоги?
11. Обґрунтуйте доцільність/недоцільність розвитку мережі центрів первинної медичної допомоги.
12. В чому переваги вільного вибору пацієнтами лікарів первинної ланки перед територіально-дільничним принципом прикріплення населення?
13. Який механізм сприяє керованості надання медичної допомоги? В чому він полягає?
14. Перспективи та проблеми запровадження договірних відносин між фінансуючою стороною та постачальниками медичної допомоги в Україні.
15. В чому переваги оплати праці за інтенсивність та якість перед посадовим окладом?
16. Назвіть основні компоненти реформи екстреної медичної допомоги.
17. Що таке госпітальний округ?
18. Які переваги для населення і системи медичного обслуговування несе структурна модернізація вторинної медичної допомоги зі створенням госпітальних округів та маршрутизацією пацієнтів?
19. Що таке референтні ціни на лікарські засоби?
20. Що являє собою реімбурсація? Поясніть, як її застосування впливає на доступність забезпечення ліками.

Питання для обговорення / завдання

1. Визначте шляхи вирішення проблем реформування системи екстреної медичної допомоги.
2. Які ризики створює розпорошеність коштів в системі охорони здоров'я?
3. Завдання: Самостійно визначте рівні управління змінами в системі охорони здоров'я України (починаючи з державного) та їх основні та першочергові завдання на шляху здійснення реформ сектору на сьогоднішній день.

Рекомендована література для самостійної роботи

Основна

1. Лехан В.М. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення/ В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2015. - № 3. - С. 67-86.
2. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / В. М. Лехан, А. В. Іпатов, Е. В. Борвінко [та ін.]; під ред. В.М.Лехан. - 2-ге вид., доп. - Дніпропетровськ, АРТ-ПРЕС, 2002.-367 с.
3. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире / [Всемирная организация здравоохранения]. – Женева: ВОЗ, 2008. – 125 с.
4. Building primary care in a changing Europe: case studies / [D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman]. - World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. – 315 p.

Додаткова

1. Аналіз перешкод на шляху розвитку системи первинної медичної допомоги в Україні та можливі підходи до їх подолання / [В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко, В. В. Волчек] // Медичні перспективи. – 2016. – Том XXI. – №2 (ч. 1). – С. 9 – 16.
2. Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги – досвід пілотних регіонів / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, М. В. Шевченко. - Wiadomosci Lekarskie 2014, Tom LXVII, gr.2czesc. II, P. 210 – 214.
3. Общепрактическая и семейная медицина : учебное пособие / Х. Х. Абхольц, К. Безель, Р. Бени [и др.]; под ред.: М.М. Кохена, пер. с нем. М.В. Дорошко и др. - Мн. : Беларусь, 1997. - 620 с.
4. Boerma W. G. W. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи / W. G. W. Boerma, D. M. Fleming. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001. – 182 с.
5. Saltman R. B. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care // R. B. Saltman, A. Rico, W. G. W. Boerma. – European Observatory on Health Systems and Policies Series : Open University Press, 2006. – 286 p.

Здано на складання 20.10.2016. Підписано до друку 20.10.2016. Формат 210x148. Папір офсетний. Друк ризографічний. Гарнітура Times. Ум. друк. арк. 9,75. Обл.-вид. арк. 8,4. Тираж 100 прим. Зам. № 10113

Видавництво «*Літограф*»
Ідентифікатор видавця у системі ISBN: 2267
Адреса видавництва та друкарні:
49000, Дніпропетровськ, вул. Паторжинського, 29/б
тел. : (066) 369-21-55, (056) 713-57-25
E-mail: Litograf.dp@gmail.com

