

ISSN 2077-6594



**УКРАЇНА.
ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ**

№ 3 (Спецвыпуск), 2015

ЗАСНОВНИКИ

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Головний редактор журналу – Слабкий Г.О.

Заступники головного редактора – Дзюба О.М., Ждан В.М., Смоланка В.І.

Відповідальний редактор – Ситенко О.Р.

Літературний редактор – Ратаніна О.М., Шумило О.В.

Дизайн і верстка – Кривенко Є.М.

Секретаріат – Белікова І.В. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Погоріляк Р.Ю. (Ужгород)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Голова редакційної колегії Лехан В.М.

Болдижар О.О.	Грузева Т.С.	Любінець О.В.	Станчак Я.
Бояр І.	Децик О.З.	Мельник П.С.	Фера О.В.
Вороненко Ю.В.	Карамзіна Л.А.	Нагорна А.М.	Чепелевська Л.А.
Гойда Н.Г.	Ковальова О.М.	Овоц А.	Чопей І.В.
Голованова І.А.	Котуза А.С.	Рогач І.М.	Шатило В.Й.
Голубчиков М.В.	Лисак В.П.	Сайдакова Н.О.	

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

Авраменко О.І. (Київ)	Коваленко О.С. (Київ)	Медведовська Н.В. (Київ)	Степаненко А.В. (Київ)
Бугорков І.В. (Донецьк)	Кудренко М.В. (Київ)	Миронюк І.С. (Ужгород)	Толстанов О.К. (Київ)
Дудіна О.О. (Київ)	Лашкул З.В. (Запоріжжя)	Моїсеєнко Р.О. (Київ)	Ярош Н.П. (Київ)
Дудник С.В. (Київ)	Лобас В.М. (Донецьк)	Огнєв В.А. (Харків)	Ященко Ю.Б. (Київ)
Жилка Н.Я. (Київ)	Майоров О.Ю. (Харків)	Рудень В.В. (Львів)	
Клименко В.І. (Запоріжжя)	Матюха Л.Ф. (Київ)	Ситенко О.Р. (Київ)	

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).
Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».
Протокол № 7 від 24.09.2015 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
Тел./факс: +380 44 576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПР від 24.12.2014 р.
Підписано до друку 25 вересня 2015 р. Загальний наклад 2500 прим. Зам. № 10//06/01

Видавець:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Видавник:

«СПД ФО «Коломіцин В.Ю.»
Свідоцтво про державну реєстрацію В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»
03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95, тел./факс (044) 501-35-69
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.
Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні,
допускається лише з письмового дозволу редакції.

ЗМІСТ

ВСТУПНЕ СЛОВО

Привітання Міністра
охорони здоров'я України О. Квіташвілі 7

Привітання Президента
Національної Академії
медичних наук України А.М. Сердюка 8

**ПРОГРАМА НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ПРАКТИЧНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ВІДОМЧИХ
МЕДИЧНИХ СТРУКТУР
В ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНУ СИСТЕМУ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ
РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ
У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
(15 жовтня 2015 року, м. Київ) 9**

АКТУАЛЬНА ТЕМА

Мельник П.С., Дзюба О.М., Кудренко М.В.
Організаційно-правові основи діяльності
національної системи охорони здоров'я.
Реалії. Проблеми. Інтеграція відомчих
медичних структур – ключовий аспект
у формуванні єдиного медичного
простору держави 12

СТАТТІ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ

Бабій Т.Ф.
Підсумки реформування галузі
охорони здоров'я Вінницької області,
перспективи розвитку на майбутні роки 15

Верба А.В.
Роль і місце військової медицини
в єдиному медичному просторі України 19

*Вороненко Ю.В., Толстанов О.К.,
Михальчук В.М., Латішев Є.Є.*
Підготовка управлінських кадрів
для сфери охорони здоров'я 22

*Дубініна В.Г., Котуза А.С.,
Роша Л.Г., Бусел С.В.*
Досвід впровадження системи менеджменту
якості в Університетській клініці 25

*Жаховський В.О., Лівінський В.Г.,
Кудренко М.В., Слабкий Г.О.*
Антитерористична операція в Україні:
уроки медичного забезпечення 31

Жаховський В.О., Лівінський В.Г.
Восно-медична доктрина України
як інструмент формування
єдиного медичного простору 36

Жилка Н.Я., Кудря А.В.
Аналіз нормативно-правового
забезпечення діяльності лікаря
загальної практики – сімейного
лікаря в Україні 40

Заградська О.Л.
Інноваційні підходи до модернізації
державного управління охороною здоров'я
на регіональному рівні 45

Защик Н.С.
Формування здорового способу життя
як фактор збереження психічного
здоров'я населення 50

Коваленко О.О.
Сучасний стан адаптації
міжнародних стандартів
в систему охорони здоров'я України 54

Крохмалюк Л.В.
Основні функції громадського здоров'я
як основа до реформування санітарно-
епідеміологічної служби 59

Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В.
Аналіз результатів реформування системи
охорони здоров'я в пілотних регіонах:
позитивні наслідки, проблеми та можливі
шляхи їх вирішення 67

Пархоменко Г.Я., Слабкий В.Г.
Роль і функція лікарень: сучасний погляд 87

Савчук О.В.
Розвиток комунальних
стоматологічних закладів на базі
державно-приватного партнерства 94

Свиридюк В.З.
Детермінанти якості медичної допомоги
та перспективні підходи до її удосконалення 98

УДК 614.2.001.73:353.1:316.4

В.М. Лехан¹, Г.О. Слабкий², М.В. Шевченко³

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У ПІЛОТНИХ РЕГІОНАХ: ПОЗИТИВНІ РЕЗУЛЬТАТИ, ПРОБЛЕМИ ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

¹Дніпропетровська державна медична академія, м. Дніпропетровськ, Україна²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна³Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Метою роботи було оцінити результативність реформи системи охорони здоров'я у пілотних регіонах, виявити позитивні та негативні її наслідки та з'ясувати причини останніх. У дослідженні використано аналітичний, порівняльний, статистичний методи.

Аналіз результатів реформування системи медичного обслуговування у пілотних регіонах підтвердив обґрунтованість та виваженість запропонованих стратегічних підходів до реформування системи охорони здоров'я. У процесі реалізації пілотних проектів було доведено доцільність та ефективність: 1) розмежування первинної та вторинної медичної допомоги з розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини; 2) пулінгу фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні; 3) розвитку лікарень інтенсивного лікування та запровадження системи маршрутизації пацієнтів; 4) впровадження оплати праці за обсяги та якість роботи; 5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби з використанням порівняльних (референтних) цін і реїмбурсації (на прикладі артеріальної гіпертензії).

Ключові слова: система охорони здоров'я, реформування, пілотні регіони, результативність, нові механізми.

Вступ

Останнім часом різко активізувалися дискусії щодо напрямків та механізмів реформування системи охорони здоров'я України. Необхідність реформи не викликає жодних сумнівів, оскільки за роки незалежності країні не вдалося істотно просунути в напрямку вирішення всіх провідних для систем охорони здоров'я цілей [5]: поліпшення рівня здоров'я населення та скорочення нерівності його показників між різними соціально-економічними групами; справедливість розподілу фінансових внесків, призначених для медичного обслуговування; підвищення чутливості системи до задоволення потреб, безпосередньо не пов'язаних із здоров'ям (повага до людини, її гідності тощо) [7,29].

Чинна 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 і суттєво зменшилася при переході до неепідемічного типу патології, їй властива орієнтованість на екстенсивний розвиток [11]. 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.

Водночас у політичних та експертних колах мусується теза про те, що за весь період незалежності в сфері охорони здоров'я в Україні реформи не проводилися взагалі або проводилися неефективно [14]. Проте в рамках Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [21] були розпочаті масштабні перетворення в українській здоров'яохороні. Змістовне наповнення реформ ґрунтувалося на ретельно проаналізованих та узагальнених з урахуванням національної специфіки вітчизняними та зарубіжними експертами даних доказового менеджменту, передового досвіду країн з найбільш успішними системами охорони здоров'я, матеріалів проектів ЄС та Єврокомісії у сфері охорони здоров'я, які реалізовувалися в Україні в період 2003–2009 років [12,15].

За визначенням видатних європейських експертів у сфері охорони здоров'я Р.Б. Салтмана та Дж. Фигейраса [23], «реформа – це процес, який включає послідовні і глибокі інституційні та структурні зміни, що проводяться урядом і мають на меті досягнення низки чітко визначених політичних цілей». Виходячи з того, що в Україні відсутній досвід проведення широкомасштабних багатоаспектних перетворень у секторі охорони здоров'я, для відпрацювання форм і механізмів реформи та мінімізації можливих її негативних наслідків попередня апробація основних складових, згідно з прийнятим

законом [20], здійснювалася на експериментальних майданчиках – у пілотних областях.

Мета роботи – оцінка результативності реформи системи охорони здоров'я в пілотних регіонах, виявлення позитивних та негативних їх результатів та з'ясування причини останніх.

Матеріали та методи

Перед повномасштабним впровадженням суттєвих нововведень у певній сфері зазвичай виконується пілотний проект, як поєднання методів організаційного проектування та організаційного експерименту, метою якого є експериментальна перевірка правильності рішень, прийнятих на попередніх етапах, вивчення позитивних і негативних їх сторін з метою подальшого вирішення питання щодо доцільності широкого впровадження, підготовка до впровадження.

До цілей, що переслідує пілотний проект, належать:

- підтвердження достовірності вибору напрямку перетворень;
- визначення, чи дійсно нововведення придатне для використання у конкретній сфері;
- отримання інформації, необхідної для розробки плану практичного впровадження;
- набуття досвіду використання нововведень.

Важливою функцією пілотного проекту є прийняття рішення щодо застосування або відмови від використання відповідних змін. Успіх пілотного проекту дозволяє обґрунтовано рекомендувати зміни, у тому числі з їх необхідною корекцією, провал – уникнути більш значних і дорогих невдач в майбутньому.

На думку Ю.А. Семенова [24], пілотний проект повинен відповідати наступним характеристикам.

Галузь застосування. Щоб полегшити остаточне визначення сфери застосування, предметна область пілотного проекту повинна бути типовою. Пілотний проект повинен допомогти визначити будь-яку додаткову технологію, навчання або підтримку, які необхідні для переходу до широкомасштабного використання в певній сфері.

Масштабованість. Результати, отримані в пілотному проекті, повинні показати масштабованість запропонованого проекту.

Репрезентативність. Пілотний проект повинен використовуватися для вирішення завдань, що відносяться до предметної області, яку добре розуміють у системі.

Критичність. Необхідно усвідомлювати, що початкове впровадження нових підходів супроводжується певними ризиками. Пілотний проект повинен мати істотну значущість, щоб опинитися в центрі уваги, але не повинен бути критичним для успішної діяльності системи в цілому.

Авторитетність. Група фахівців, що беруть участь у проекті, повинна мати високий авторитет, при цьому результати проекту будуть серйозно сприйняті іншими співробітниками галузі.

Характеристики проектної групи. Проектна група повинна бути готовою до нововведень, технічно зрілою і мати прийнятний рівень досвіду і знань у даній сфері та предметній області.

Крім того, повинна враховуватися тривалість пілотного проекту (і загалом процесу впровадження). Занадто тривалий проект пов'язаний з ризиком втрати інтересу до нього з боку керівництва.

Надзвичайно важливим є планування пілотного проекту, яке повинно включати наступні компоненти: 1) цілі, завдання та критерії оцінки; 2) персонал; 3) процедури та угоди; 4) навчання; 5) графік і ресурси.

Цілі, завдання та критерії оцінки. Очікувані результати пілотного проекту (загальні цілі; конкретні завдання, що реалізують поставлені цілі; критерії оцінки результатів) повинні бути чітко визначеними. Ступінь відповідності цим результатам являє собою основу для подальшої оцінки проекту.

Персонал. Фахівці (менеджери й інший персонал), обрані для участі у пілотному проекті, повинні мати відповідний авторитет і вплив і бути прихильниками реформ. Група повинна володіти високими здібностями до комунікації, знанням особливостей організаційних процесів і процедур, а також предметної області. Після завершення пілотного проекту група повинна бути відкрита для обміну інформацією щодо можливостей нових механізмів і досвіду, отриманого при реалізації проекту.

Навчання. Повинні бути визначені види й обсяг навчання, необхідного для виконання пілотного проекту. При плануванні навчання потрібно мати на увазі три види потреб: технічні, управлінські та мотиваційні. Графік навчання повинен визначати як фахівців, що підлягають навчанню, так і види навчання, яке вони повинні пройти.

Процедури та угоди. Необхідно чітко, у тому числі нормативно, визначити методи і механізми проведення реформ.

Графік і ресурси. Має бути розроблений графік, що включає ресурси і терміни (етапи) проведення робіт. Ресурси включають персонал, технічні засоби та фінансування.

Для проведення пілотних проектів було обрано чотири регіони: аграрний (Вінницька область), два індустріальні (Дніпропетровська, Донецька області) та столичний (м. Київ). Чисельність осіб, що мешкали на території пілотних регіонів, становила 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.

При реалізації пілотних проектів усі елементи та етапи були дотримані, хоча і не завжди в повному обсязі (зокрема навчання персоналу, виділення необхідних ресурсів тощо).

Результати виконання пілотних проектів оцінювалися за даними моніторингу, запровадженого Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ),

Держкомстату та Центру медичної статистики МОЗ України.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку нульових років 21 сторіччя в Україні сформувалися основні підходи до реформи системи охорони здоров'я в країні, сутність яких полягала:

- у сфері надання медичних послуг:
 - забезпечення доступної, якісної, кваліфікованої медичної допомоги всім громадянам, незалежно від їх соціально-економічного стану та місця проживання;
 - пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини;
 - формування єдиного медичного простору під управлінням МОЗ;
- у сфері фінансування:
 - запровадження ефективної та прозорої моделі фінансування системи медичної допомоги (МД), орієнтованої на реальні потреби пацієнтів;
 - підвищення рівня та забезпечення сталості фінансування галузі;
 - запровадження контрактних відносин;
 - перехід до розподілу коштів за принципом оплати наданих послуг, а не за принципом утримання медичних закладів;
 - запровадження дієвих механізмів мотивації медичних працівників до якісного та ефективного надання медичних послуг;
 - запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

Для реалізації зазначених підходів на базі даних якісних міжнародних та вітчизняних матеріалів була запропонована для України модель медичного обслуговування, яка включала дві головні компоненти: фінансово-економічну та структурно-функціональну.

Провідними елементами *фінансово-економічної компоненти* були визначені:

- багатоканальність фінансування (бюджети різних рівнів, кошти соціального та добровільного медичного страхування тощо);
 - встановлення гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги;
 - об'єднання коштів громад на охорону здоров'я у фінансові пули на регіональному рівні (система єдиного замовника первинної, вторинної та екстреної допомоги);
 - застосування нових фінансових механізмів оплати медичних послуг;
 - запровадження договірних відносин між замовниками та постачальниками медичних послуг;
 - оплата праці медичного персоналу з урахуванням обсягів та якості роботи;
- структурно-функціональної:*
- розбудова системи первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ);
 - оптимізація мережі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні;

- інтеграція діяльності ЗОЗ, що надають різні види медичної допомоги, при провідній координуючій ролі ПМСД;

- усунення дискримінації між державними та недержавними ЗОЗ;
- формування сучасної системи охорони громадського здоров'я;
- система безперервного поліпшення якості медичної допомоги;
- застосування сучасних механізмів забезпечення доступності та якості лікарських засобів.

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

- створення на базі існуючої мережі ЗОЗ структурованої за видами медичної допомоги (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;
- репрофілювання 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 (ЛЗПСЛ);
- запровадження системи направлень (принцип “воротаря”);
- концентрація бюджетних коштів для надання 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 МД;
- 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 із застосуванням сучасних методів оплати медичних послуг;
- формування штатних розписів ЗОЗ залежно від обсягу МД, що ними надається;
- оплата праці медичних працівників ЗОЗ, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи.

ОБ'ЄДНАННЯ КОШТІВ – ЯК ПРОВІДНА ПЕРЕДУМОВА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ

У доповіді ВООЗ за 2010 р. «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 ризику» [26].

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 України 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 відання, частково перекривають і заміщують один одного. Фрагментовані механізми об'єднання коштів стають головним джерелом неефективного функціонування системи охорони здоров'я [27].

Розпорошеність фінансових коштів, поки Україна дотримувалася принципу утримання медичних закладів, не створювала істотних ризиків фінансової стабільності системи. Однак при переході до контрактних відносин між постачальниками послуг і їх покупцями, коли бюджетний розподіл поступить 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 реалізується механізм об'єднання фінансових потоків для надання первинної допомоги на міському/районному рівнях, для вторинної, третинної та екстреної допомоги – на обласному рівні [20]. Із 2013 р., після прийняття Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [17], фінансування служби екстреної допомоги здійснюється з регіональних бюджетів на території усієї країни. Формування потужних фінансових пулів створило передумови для ліквідації фінансових бар'єрів при наданні медичної допомоги (безперешкодний доступ до МД – екстериторіальність), усунення дублювання фінансових потоків (ефективність використання фінансів), збільшення стійкості системи охорони здоров'я та створення умов для формування мережі ЗОЗ, адекватної потребам населення. Однак забезпеченню реальної екстериторіальності заважає норма українського законодавства щодо можливості

бюджетного фінансування державних і комунальних закладів у повному обсязі, включаючи їх поточні і капітальні витрати, з бюджету того рівня, у чий 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 коштів для надання вторинної та екстреної допомоги з передачею відповідних майнових комплексів на обласний рівень викликало шквал невдоволення органів місцевої (міського та районного рівнів) влади внаслідок втрати контролю над відповідними фінансовими потоками. У результаті передача зазначених ЗОЗ на обласний рівень у повному обсязі відбулася лише в Дніпропетровській області, а в інших пілотних регіонах – частково. Для того, щоб органи місцевого самоврядування 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 це 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 на законодавчому рівні зняти перепони щодо можливості фінансування ЗОЗ із бюджетів різних рівнів, що усуває необхідність передачі майнових комплексів ЗОЗ на обласний рівень і сприятиме збереженню інтересу органів місцевої влади до лікувально-профілактичних закладів, розташованих на підвідомчих їм територіях.

РЕОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ У ПІЛОТНИХ РЕГІОНАХ

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

Реформування первинної медичної допомоги

У процесі реформи системи охорони здоров'я відбувається повномасштабний перехід до моделі первинної допомоги, що ґрунтується на засадах ЗПСМ. До основних компонентів нової моделі належать: розмежування первинної та вторинної МД; формування розгалуженої і відповідно оснащеної інфраструктури первинної допомоги; впровадження системи надання первинної допомоги за сімейним принципом; застосування контрольно-пропускної системи (принцип «воротаря») для формування оптимального маршруту пацієнта; введення вільного вибору пацієнтом лікаря

первинної ланки; фінансування закладів первинної допомоги з міських та районних бюджетів за подушним принципом; договірні відносини між головними розпорядниками коштів та провайдерами первинної допомоги; оплата праці медичного персоналу, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи [10,13].

1. Розмежування первинної та вторинної медичної допомоги. Структурна оптимізація первинної медичної допомоги

У 2012–2013 рр. у пілотних регіонах відбулося юридичне, структурне і фінансове розмежування первинної та вторинної МД зі створенням нового типу закладів для надання первинної допомоги – ЦПМСД, фінансування яких, відповідно до закону про пілоти [20], здійснювалося з районних та міських бюджетів.

Позитивні результати

1. Запроваджене вперше в історії української і навіть радянської охорони здоров'я цільове фінансування первинної ланки дозволило змінити структуру витрат на користь ПМСД – з 4–6% зведеного бюджету на початку реформи до 17,8–22,4% у 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, сприяла зосередженню їх уваги та відповідної матеріальної підтримки розвитку первинної ланки.

Кумулятивний ефект від поєднання обох заходів за підтримки державної субвенції у сумі 327 млн грн (40,9 млн доларів), наданої у 2012 р. для придбання автотранспорту, техніки, інвентарю та медичного обладнання для ЦПМСД, 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; г) підвищення рівня забезпеченості медичним персоналом для надання ПМСД.

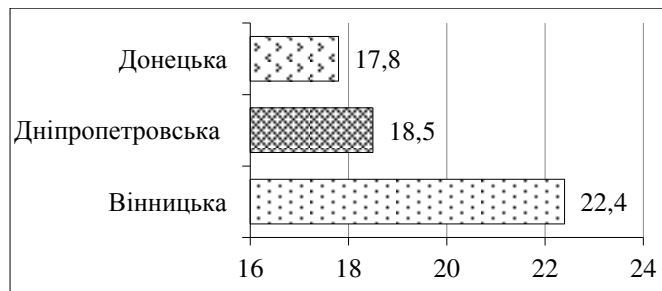
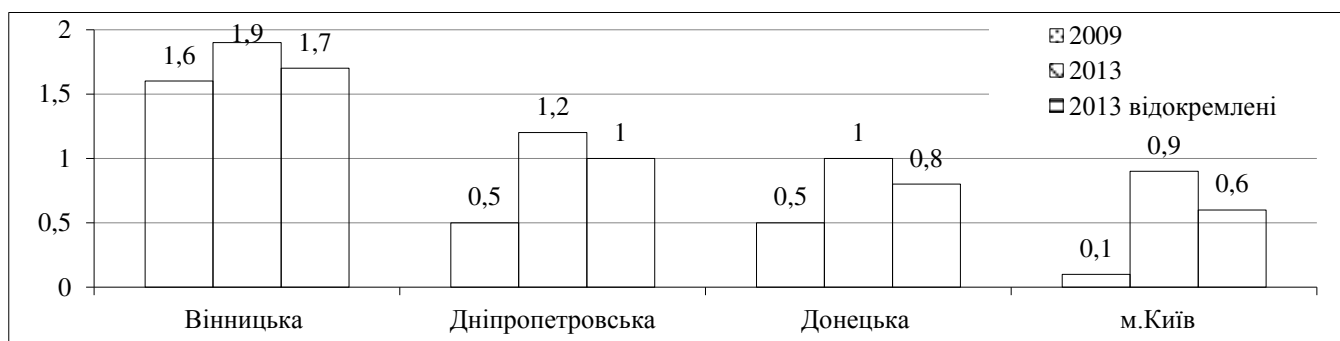


Рис. 1. Питома вага витрат на ПМСД від загального фонду зведеного бюджету в пілотних регіонах, %

У результаті проведених заходів, наприклад, у Дніпропетровській області відбулося збільшення витрат на одне відвідування (зокрема по м. Кривий Ріг у 30 разів), забезпечено повне покриття витрат на надання невідкладної допомоги, збільшено на 46,3% видатки на забезпечення пільгових груп населення безоплатними лікарськими засобами за рецептами лікарів (2011 р. – 19,2 млн грн; 2012 р. – 23,2 млн грн; 2013 р. – 28,1 млн грн). При цьому слід зазначити, що зростання рівня гарантій значною мірою залежить від залучення і зацікавлення органів місцевого самоврядування у реформі первинної допомоги.

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



Джерела: Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік [25];

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)

Рис. 2. Динаміка забезпеченості амбулаторіями (загальна та відокремленими закладами) у пілотних регіонах за 2009–2013 рр.

Реальна доступність первинної допомоги залежить не від збільшення формальної чисельності закладів, а від розвитку розгалуженої мережі закладів, наближених до місця проживання населення. Така проблема є актуальною для всіх адміністративних територій, але особливо в містах, де в процесі реформування на базі колишніх поліклінік спочатку були «відкриті», тобто отримали вивіски, декілька амбулаторій, із значною загальною чисельністю прикріпленого населення, що створює епідеміологічні ризики, передусім при обслуговуванні дитячого населення, та утруднює процеси

управління потоками пацієнтів. Тому особливого значення набуває зростання чисельності відокремлених амбулаторій – закладів, на базі яких не розташовані інші підрозділи ПМСД. У пілотних регіонах чітко виражена позитивна динаміка забезпеченості відокремленими амбулаторіями (рис. 2). Більш стрімко цей процес відбувається у містах (рис. 3), у тому числі за рахунок відкриття нових амбулаторій, і прямо залежить від активності місцевої влади. Так, за 2012–2013 рр. у містах Дніпропетровської області було відкрито 25, у м. Києві – близько 90 нових амбулаторій.

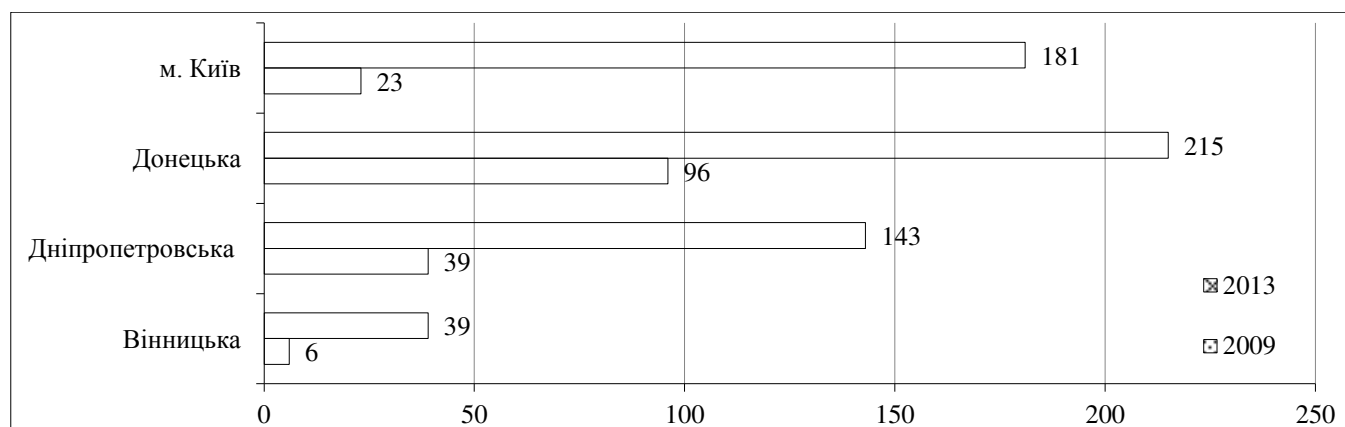


Рис. 3. Динаміка кількості відокремлених амбулаторій у містах, 2009–2013 рр.

У 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. усі 215 СДЛ, які функціонували в 2009 р. на пілотних територіях, були перетворені в амбулаторії. Реорганізація СДЛ у лікарські амбулаторії належить до високоефективних заходів. За розрахунками департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації, витрати на перебування одного хворого в СДЛ (де пацієнта практично не лікують, а лише здійснюють за ним нагляд) порівнянні з витратами на лікування пацієнта у високотехнологічному закладі третинного рівня (2048 і 2494 грн відповідно у 2010 р.), оскільки в СДЛ практично всі кошти (93,9%) витрачаються на утримання закладу, а в обласній дитячій лікарні (закладі, взятому для порівняння) – лише 63,1% (Матеріали підсумкової колегії департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації за 2010 рік. Робочі матеріали). Щорічний обсяг зекономлених коштів за рахунок реалізації цього заходу лише у Дніпропетровській області становить 26,3 млн грн у цінах 2013 року. 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 центральних районних лікарень (ЦРЛ).

До початку реформ більшість закладів, що надавали первинну допомогу, знаходилися в занедбаному стані. На кінець 2013 р. більшість функціонуючих амбулаторій були капітально відремонтовані. Так, у 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%); у 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 у пілотних регіонах була повністю укомплектована обладнанням відповідно до таблиці оснащення. У цілому рівень матеріально-технічного забезпечення амбулаторій на пілотних майданчиках істотно перевищує такий у країні, що є свідченням пріоритетності розвитку первинної допомоги в цих регіонах.

Привертає увагу, що органами місцевого самоврядування Дніпропетровської області на придбання обладнання та проведення ремонтів у 2012–2013 рр. 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 об'єднання зусиль органів влади усіх рівнів для успішного проведення реформи.

Рівень забезпеченості амбулаторій медичним обладнанням, комп'ютерною технікою та автотранспортом наведено на рис. 4. 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.

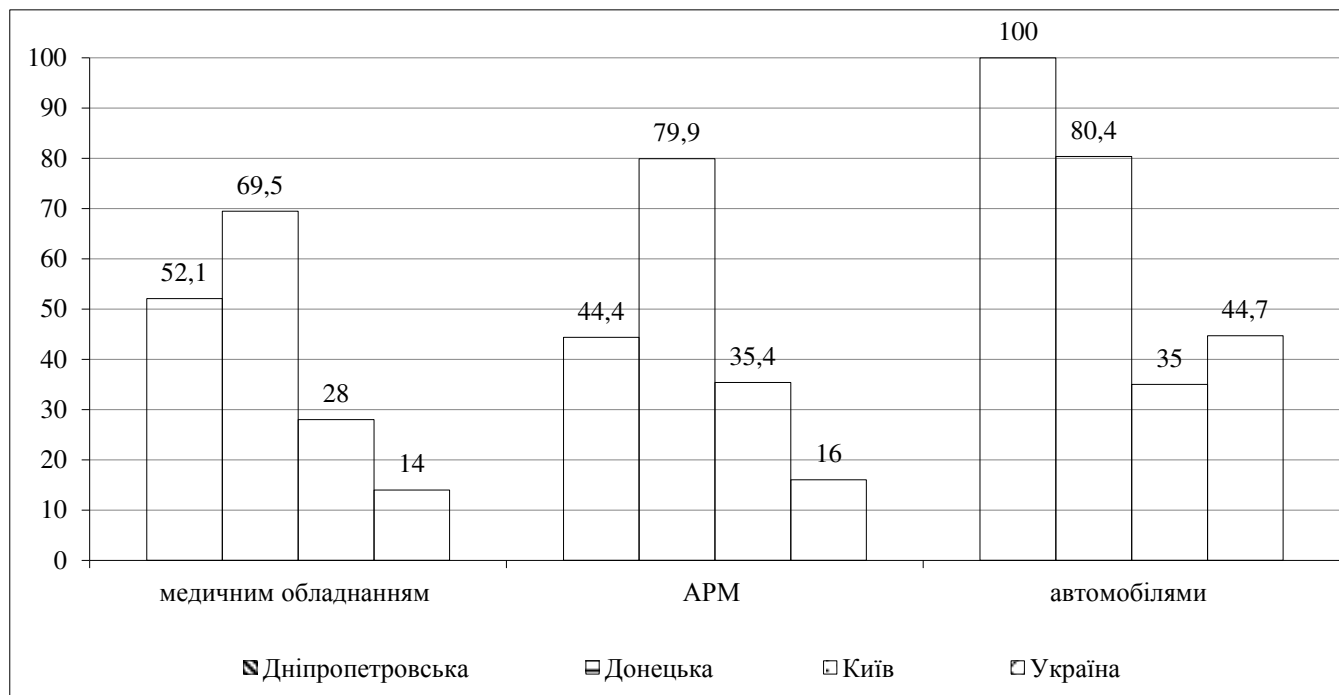


Рис. 4. Порівняльна характеристика матеріально-технічного забезпечення амбулаторій загальної практики-сімейної медицини в пілотних областях та країні в цілому

Головним ресурсом у будь-якій системі, тим більше в охороні здоров'я, є професійно підготовлений персонал. Зміцнення первинної ланки потребувало створення критичної маси фахівців у сфері первинної допомоги для переведення цього виду допомоги на засади ЗПСМ. Необхідність виконання цього завдання активізувала 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

нечисленною 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 разу). Темпи зростання у Вінницькій області були нижчими, оскільки на початок експерименту регіон мав досить високий рівень забезпеченості (табл. 1). На кінець 2013 р. ЛЗПСЛ обслуговували близько половини населення Дніпропетровської та Донецької областей, близько 90% – Вінницької області та понад третину мешканців столичного регіону.

Таблиця 1
Динаміка забезпеченості лікарями загальної практики/сімейними лікарями в пілотних регіонах, 2011–2013 рр.

Регіон	2011 р.	2013 р.	Зміни у 2013/2011, %	Частка населення, що обслуговувалося ЛЗПСЛ у 2013 р., %
	забезпеченість ЛЗПСЛ на 10 тис. нас. (абс. число)			
Вінницька обл.	3,73 (607)	4,63 (750)	1,2	86,8
Дніпропетровська обл.	1,22 (404)	3,2 (1068)	2,6	59,4
Донецька обл.	1,03 (452)	2,03 (864)	2	43,2
м. Київ	0,97 (241)	1,8 (503)	1,9	38,6
Україна	1,92 (8794)	2,29 (11349)	1,2	

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») / укл. М. В. Шевченко. – Київ, 2014. – 51 с. (робочі матеріали)

Підготовка фахівців для потреб ПМСД у пілотних регіонах розглядалася як безперервний процес, завданнями якого була 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-тренінгові центри, де пройшли підготовку з різних питань 3288 медичних працівників, у т.ч. 1124 (74,2%) лікарів та 2164 (79,7%) медичні сестри 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.

Виходячи з аналізу міжнародного досвіду організації ПМСД, насамперед Великої Британії [28], та з урахуванням українського контексту, основним типом закладу для надання ПМСД як юридичної особи 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 створюються в сільській місцевості у кожному районному центрі, у містах – один на кожне місто з населенням до 100 тис. жителів, у великих містах та мегаполісах – на кожні 100–150 тис. населення [19]. Управлінські підрозділи ЦПМСД зосереджені на функціях менеджменту, планування, оплати послуг, контролю, постачання, роботи з кадрами, звітності тощо; лікувально-профілактичні підрозділи (амбулаторії, ФАПи) сфокусовані на безпосередній роботі з пацієнтами. Концентрація управлінських функцій у ЦПМСД дозволяє істотно поліпшити якість управління, підвищити справедливість розподілу фінансових витрат між підрозділами (амбулаторіями). За 2012–2013 рр. у пілотних регіонах створено 186 ЦПМСД (рис. 5).

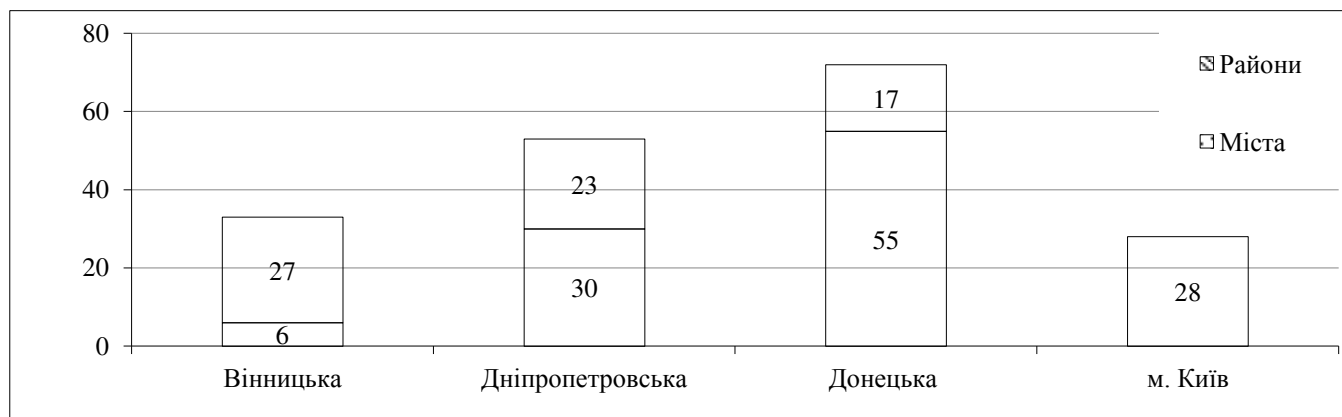
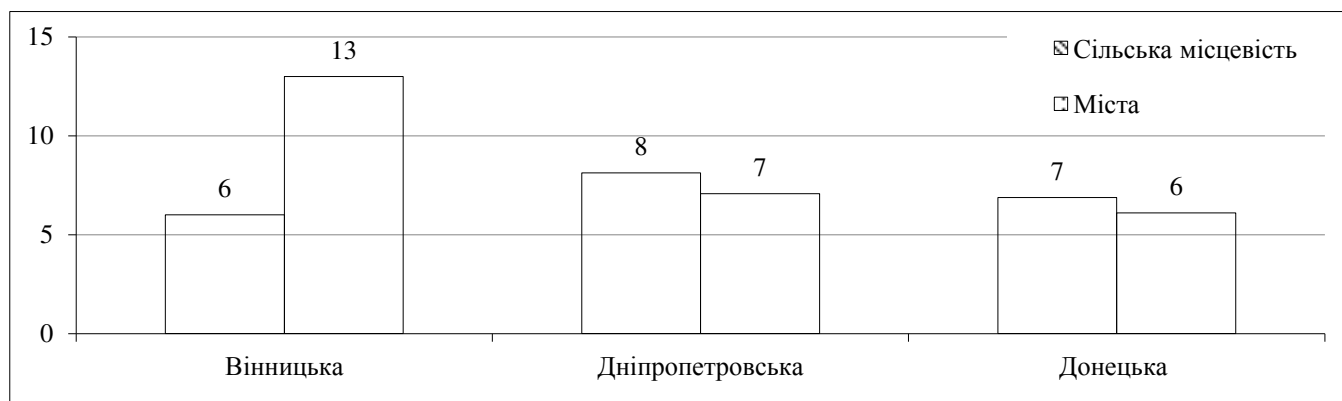


Рис. 5. Центри первинної медико-санітарної допомоги у пілотних регіонах

Як видно з рис. 6, до складу одного ЦПМСД у середньому входить 6–8 амбулаторій. Таким чином, централізація управлінських функцій у ЦПМСД дозволяє

зеконотити бюджетні кошти за рахунок скорочення управлінського апарату в кожній амбулаторії.



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») / укл. М. В. Шевченко. – Київ, 2014. – 51 с. (робочі матеріали)

Рис. 6. Середня кількість амбулаторій на один ЦПМСД в пілотних регіонах

За підсумками першого (2012 р.) року реалізації пілотних проектів результати структурної реорганізації первинної допомоги, зокрема щодо створення ЦПМСД, були оцінені позитивно, про що свідчить масове відкриття в усіх регіонах таких установ. Так, на кінець 2013 р. було створено 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 у 2012 р. до 8,09% у 2013 році.

Дослідження структурної ефективності систем

охорони здоров'я, виконане Л.В. Крячковою [8] за спеціально розробленою валідною методикою [9], показало, що в пілотних регіонах розмежування первинної і вторинної медичної допомоги та розвиток інституту ЗПСМ забезпечили стрімке зростання структурної ефективності регіональних систем охорони здоров'я в цілому: у Вінницькій області у 2012 р. відбулося збільшення на 61,07% порівняно з 2009 р., у Дніпропетровській області – збільшення у 2,3 рази; у Донецькій області – збільшення на 72,33% (рис. 7), що дозволило цим регіонам зайняти перші місця в рейтингу областей за даним показником (табл. 2).

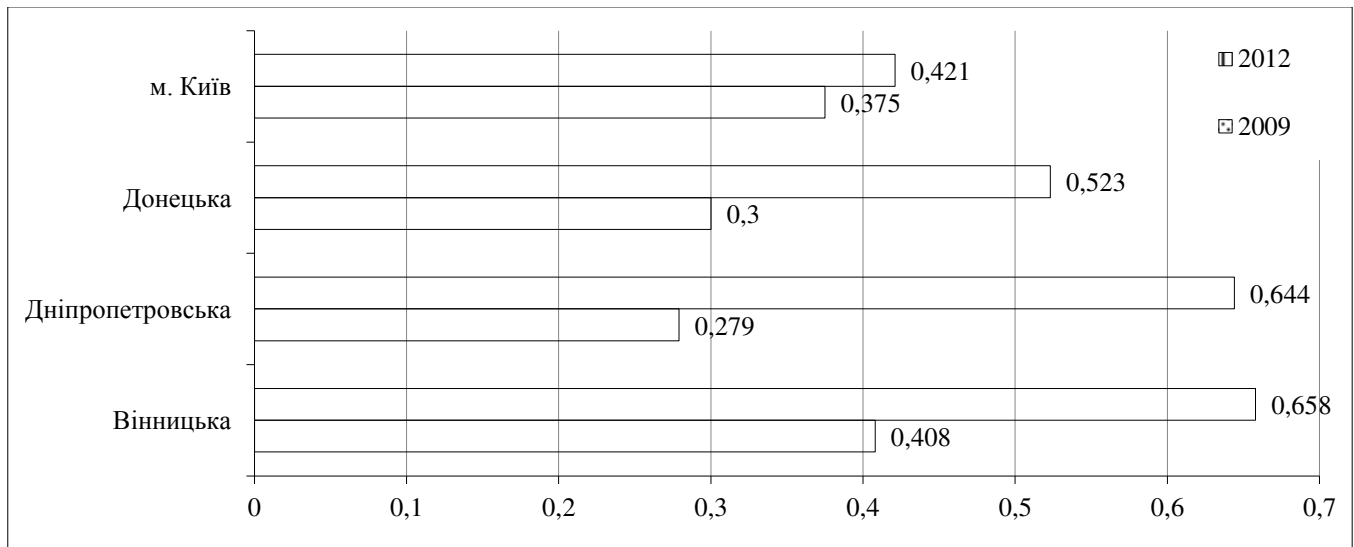


Рис. 7. Динаміка інтегрального показника структурної ефективності систем охорони здоров'я пілотних регіонів

Таблиця 2

Інтегральний показник структурної ефективності систем ОЗ

Адміністративна територія/область	2009 р.	зміни, %	2012 р.	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	0,357	15,48	0,412	

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

II. 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 ЛЗПСЛ здатний визначити найбільш раціональний варіант лікування та оптимальний маршрут просування пацієнта в системі медичного обслуговування. Тому поєднання вільного вибору пацієнтом ЛЗПСЛ 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.

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

належать: 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 у перехідний період.

У пілотних регіонах реалізація права на вільний вибір лікаря первинної ланки почалася з 2013 року. Кампанія з вибору лікаря не була активною. Так, змінили лікаря первинної 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. У рамках реформи системи медичного обслуговування в пілотних регіонах впроваджується, хоча повільними темпами і у дуже ліберальному режимі (з великими обмеженнями – див. вище), контрольно-пропускна система, що передбачає доступ до вторинної допомоги за направленням лікарів первинної (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.

Таблиця 3

Проблеми у структурній реорганізації первинної медичної допомоги та шляхи їх вирішення

Проблема	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 роботи серед населення; б) прийняття на рівні менеджменту кожного ЦПМСД виважених рішень щодо поступового, з урахуванням професійних можливостей, переходу до медичного обслуговування сімейними лікарями дітей різних вікових категорій; в) чіткого дотримання чинного законодавства, яке дозволяє безперешкодне пряме звернення до педіатрів за наявності у дітей проблем зі здоров'ям. <i>Примітка:</i> у пілотних регіонах у 2012 р. була розгорнута кампанія протесту проти обслуговування дітей сімейними лікарями на різних інформаційних майданчиках, у т.ч. у ЗМІ. Проте після проведення комплексу заходів вже до середини 2013 р. ситуація стабілізувалася і навіть спостерігаються 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 удвічі 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% (Дані соціологічного опитування, проведеного ЦСД «Софія» 13–29 липня 2013 р. (робочі матеріали))
Негативне ставлення населення до структурного розмежування закладів первинного і вторинного рівнів внаслідок ускладнення проведення лабораторних досліджень, отримання консультацій спеціалістів	Зняття проблеми, як свідчить досвід окремих пілотних регіонів, вирішується через: а) запровадження ефективної логістики доставки біоматеріалів у лабораторії закладів вторинного рівня; б) організацію за графіком на базі амбулаторій виїзних консультацій фахівців; в) чітке дотримання чинного законодавства щодо прямого доступу населення до лікарів-акушерів-гінекологів, диспансерних хворих – до відповідних спеціалістів; г) розвиток мережі амбулаторій, наближених до місця проживання

<p>Структурне розмежування первинної та вторинної допомоги може призвести, за недостатньої координації з боку органів управління, до погіршення взаємодії закладів різних рівнів та невдоволення населення</p>	<p>Для оптимізації взаємодії закладів первинної та вторинної допомоги Міністерству охорони здоров'я спільно з регіональними органами управління охороною здоров'я необхідно більш чітко визначити функції кожного типу закладів, порядок погодження та відповідальності за порушення їх співпраці, у т.ч. й з окремими службами (діагностичними тощо)</p>
<p>Значна кількість вузьких спеціалістів у штатних розписах ЦПМСД, що спотворює ідеологію первинної медичної допомоги на засадах ЗПСМ. Причина такого явища полягала в порядку розподілу бюджетних ресурсів між закладами первинної та вторинної допомоги, визначеному Міністерством фінансів [18]. Стрімке підвищення частки видатків на первинну допомогу у 2012 р. до 35%, скоректоване у 2013 р. до 28%, з відповідним зменшенням частки витрат на вторинну допомогу без урахування регіональних відмінностей розвитку первинної допомоги, однаково для міських та сільських поселень, спровокувало виникнення ризику незабезпеченості видатків на заробітну плату працівників закладів вторинної та екстреної допомоги, передусім у містах, що й призвело до введення вузьких фахівців у штати ЦПМСД</p>	<p>Для приведення штатів ЦПМСД у відповідність до нормативів та виведення з їх складу вузьких спеціалістів можна розглядати два варіанти рішення: а) встановити диференційовані частки видатків на первинну і вторинну допомогу для міської та сільської місцевості; б) 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 у медичному обслуговуванні населення, збільшувати частку видатків на її забезпечення</p>
<p>Недостатній рівень професійної підготовки фахівців, що надають первинну допомогу</p>	<p>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</p>

Проблеми

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

Шляхи вирішення

Для активізації процесу вільного вибору сімейних лікарів пропонується проведення інтенсивної роз'яснювальної роботи серед населення, розробка та запровадження конкурентних переваг для лікарів, яких населення обирає активно.

Більш широкому застосуванню системи направлень 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 необгрунтоване самостійне звернення до спеціалістів у негострих станах.

III. Запровадження договірних відносин

Перехід від кошторисного фінансування до договірних відносин – ще один знаковий елемент нової системи охорони здоров'я у 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. У новій моделі, вперше в історії охорони здоров'я України, закладені основи переходу до договірних відносин між головними розпорядниками

бюджетних коштів та провайдерів 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 розподілі 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 [23]. Запровадження контрактних відносин неможливе при кошторисному фінансуванні і потребує підвищення самостійності закладів охорони здоров'я для можливості підвищення гнучкості при використанні ресурсів.

У 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 (ПЦМ) перелік типових бюджетних програм, у тому числі для надання ПМСД, укладено 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 зазначити, що на цьому етапі контрактні відносини є поки що декларативними.

Причини, які не дозволили запровадити договірні відносини

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 – для ПМСД, глобального бюджету та DRG – для вторинної допомоги), що не дозволяло поширити досвід первинної ланки на інші види допомоги, тощо.

Шляхи вирішення

Для підвищення ефективності контрактних відносин необхідно: а) забезпечити адекватну підготовку керівників та працівників фінансово-економічних підрозділів органів та закладів охорони здоров'я щодо роботи на договірних засадах; б) чітко визначити критерії відповідальності закладів за результати роботи; в) використовувати для планування видатків типовий перелік бюджетних програм, визначений з використанням програмно-цільового методу; г) поетапно підвищувати можливості прийняття закладами самостійних рішень щодо розподілу, насамперед фінансових, а також кадрових та інших ресурсів – на першому етапі шляхом фінансування за скороченою класифікацією, на другому – через автономізацію підготовлених до роботи в таких умовах закладів.

IV. Запровадження оплати праці, що стимулює 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 у поліпшенні показників здоров'я населення та раціональному використанні ресурсів.

У пілотних регіонах вперше в українській історії була запроваджена система оплати праці персоналу первинної ланки на основі визначеного урядом порядку встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи [3,4]. 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

Уже 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 урядом 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.

Реформування системи екстреної медичної допомоги

У рамках реформи системи медичного обслуговування розвиток екстреної (як і первинної), медичної допомоги було віднесено до пріоритетних напрямків. Перші результати розпочатої у пілотних регіонах у 2012 р. реформи екстреної медичної допомоги (ЕМД) показали її дієвість, що сприяло прийняттю Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [17] для поширення перетворень на всю країну. У результаті структура служби ЕМД зазнала кардинальних змін. Замість роздроблених по адміністративних територіях (містах і районах) з підпорядкуванням місцевим органам охорони здоров'я та фінансуванням відповідних структур із місцевих бюджетів були створені регіональні центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ЦЕМД та МК), 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 так званої «невідкладної» (не екстреної) медичної допомоги. Визначено попередній перелік екстрених і неекстрених викликів. Функції надання допомоги при невідкладних (не екстрених) викликах покладаються переважно на службу первинної допомоги.

Після набуття чинності закону про ЕМД у 2013 р. у всіх регіонах були створені ЦЕМД та МК та забезпечено їх фінансування з регіональних бюджетів.

Були проведені 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 та виробами медичного призначення (за рахунок субвенцій з

державного бюджету було майже в п'ять разів збільшено медикаментозне наповнення кожного виклику ЕМД в усіх регіонах України).

У чотирьох пілотних регіонах на кінець 2013 р. створено 250 пунктів постійного/тимчасового базування бригад ЕМД (99 пунктів у Дніпропетровській області, 29 – у м. Києві). Автотранспорт ЕМД був обладнаний GPS-навігацією, усі бригади були забезпечені засобами радіо-та мобільного зв'язку [1].

Незважаючи на короткий термін від початку функціонування нової системи екстреної допомоги, число бригад ЕМД збільшилося до 3407, або 0,75 на 10 тис. населення. Зазнала змін і структура бригад: питома вага загальнолікарських бригад практично не змінилася (34%), водночас частка спеціалізованих бригад зменшилася до 6,4% і зросла частка фельдшерських бригад до 60%, що сприяло зменшенню непрофільності виїздів (табл. 4).

Таблиця 4

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

Показник	Вінницька обл.	Дніпропетровська обл.	Донецька обл.	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 (у т.ч. спеціалізованих)	40,8 (7,5)	35,8 (3,5)	53,7 (11,7)	89,5 (10,5)	40,4 (6,4)

Одним з найважливіших індикаторів якості функціонування екстреної допомоги є час доїзду бригади до місця виклику. На даний час в Україні діють диференційовані нормативи доїзду бригад ЕМД до місця виклику – 10 хвилин у міській і 20 хвилин у сільській місцевості. Як на пілотних територіях, так і в країні в цілому, у 2013 р. реєструвалися високі показники досягнення зазначених нормативів (рис. 8): у містах коливання становили 86,1–91,3%, у сільській місцевості – 83,6–90,2%, 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 у 2013 р. порівняно з 2007 р. скоротилася практично на 20%), створенням розгалуженої системи пунктів постійного та тимчасового базування (у Дніпропетровській області радіус доїзду становить у містах 10 км, у сільській місцевості – 20 км).

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

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 у 2015 р., яка поступово виходить на заплановану потужність. Існують й інші істотні перешкоди для

функціонування централізованих диспетчерських – відсутні стандартизовані запитальники для диспетчерів, не опрацьовані сучасні технології скерування 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.

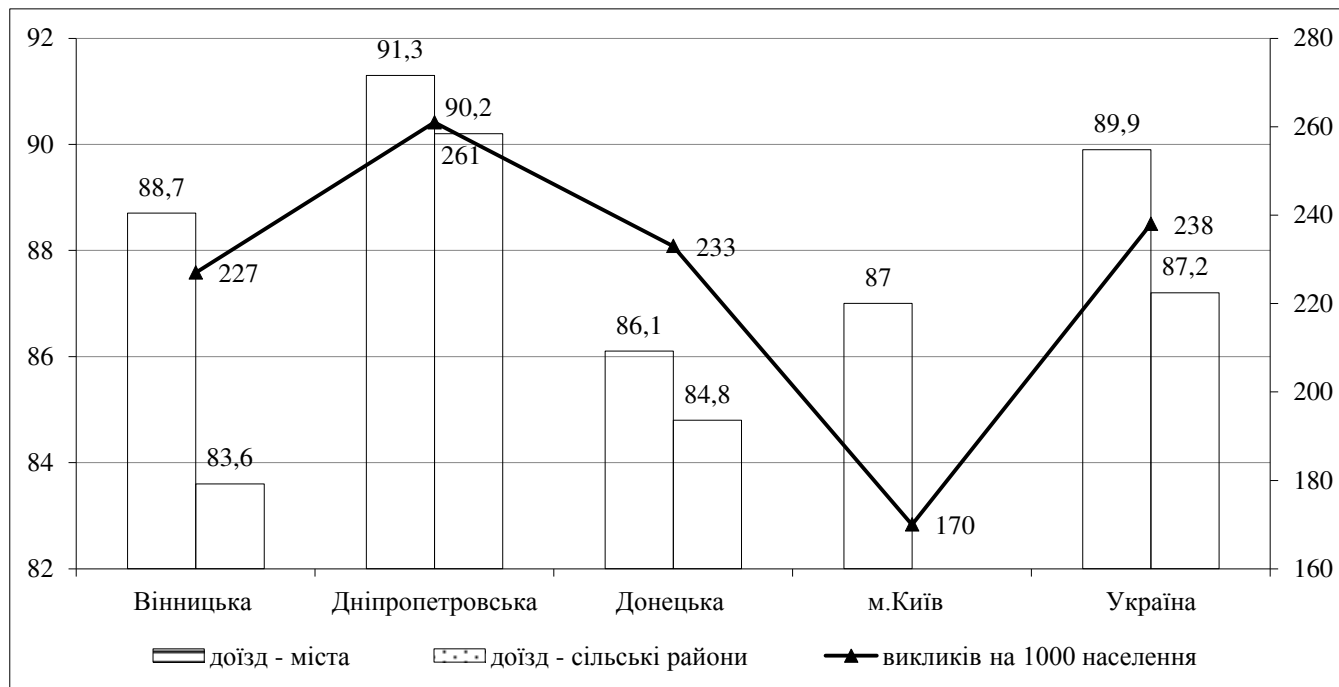


Рис. 8. Своєчасність доїзду бригад та частота викликів ЕМД

Реформування вторинної медичної допомоги

Реформа вторинного рівня медичної допомоги в пілотних регіонах була віднесена до другого етапу перетворень (після визначення та апробації основних форм і механізмів організації первинної та екстреної медичної допомоги). У 2012–2013 рр. 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, плани перспективного розвитку кожного ЗОЗ, який надає вторинну допомогу; були реорганізовані у амбулаторії СДЛ (див. вище).

Проте формування потужних пулів для надання вторинної допомоги на регіональному рівні дозволило запуснути 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 двічі [6]. Особлива увага приділялася формуванню раціональних маршрутів пацієнтів, насамперед тих, що потребують ургентної допомоги, для їх доставки службою екстреної допомоги в ЗОЗ вторинного рівня, у яких є можливості для надання якісної медичної допомоги, і таким чином реалізувати проголошений видатним американським економістом Майклом Портером принцип «Якість, а не дислокація» [16]. У 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 у 5,3 разу перетранспортування хворих, у 2,8 разу кількість виїздів санітарної авіації та в 4,3 разу 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).

Таблиця 5

**Динаміка деяких показників медичної допомоги
при невідкладних захворюваннях черевної порожнини,
Дніпропетровська область, 2012–2013 рр.**

Показник	Рік	2012	2013
Кількість виїздів санавіації			зменшилася в 2,8 разу
Кількість операцій, виконаних санавіацією			зменшилася в 4,3 разу
Перетранспортування хворих в інші ЗОЗ			зменшилося в 5,3 разу
Летальність при:			
- проривній виразці		4,1%	3,4%
- кровотечах		17,02%	4,8%
- кишковій непрохідності		4,97%	3,88%

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

Іще вагоміші результати були отримані у системі перинатальної допомоги, оскільки процес її реорганізації розпочався задовго до запуску пілотного проекту (у 2001 р.), однак ґрунтувався на тих самих 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 у регіоні на 44%, а малопотужних – на 86%, радикально зменшити частку пологів, які приймаються у малопотужних стаціонарах, з 21,4% до 2,3%, концентрувати 98,8% пологів з високим та вкрай високим рівнем ризику в потужних стаціонарах, що призвело до зниження на 41% малюкової смертності (табл. 6).

Таблиця 6

**Динаміка показників перинатальної допомоги,
Дніпропетровська область, 2001–2013 рр.**

Показник	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% відповідно
частка роділь з високим та вкрай високим рівнем ризику, що народжували в потужних стаціонарах	+ з 71,6% до 98,8%
малюкова смертність	зменшилася на 41% (з 12,9% до 7,6%)

Також було розпочато процес виваженої концентрації технічних та кадрових ресурсів у потужних лікарнях із запровадженням сучасних медичних технологій для задоволення об'єктивних потреб населення в якійсiah 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. Павлограда та чотирьох 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. Це дозволило за два роки (2012–2013 рр.) впровадити новітні технології: тромболізіс при гострому інфаркті міокарда та інсульті, проведення ендоскопічного гемостазу, ендопротезування кульшового суглоба, лапароскопічні втручання на жовчному міхурі; збільшити удвічі кількість пролікованих з території обслуговування; збільшити утричі кількість малоінвазивних оперативних втручань та в результаті знизити удвічі летальність від гострого інфаркту міокарда, 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 охороною здоров'я) дозволив збільшити рівень гарантій та справедливості видатків при наданні спеціалізованої допомоги. Видатки на медикаменти та харчування були приведені до єдиних нормативів, збільшені у середньому у понад двічі та диференційовані за профілем ліжок: фінансування одного ліжка-дня було збільшено з 1,5 до 3 грн у ЗОЗ на різних територіях до 60 грн в реанімаційних, 25 грн у хірургічних, 18 грн у пологових, 5–7 грн у 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 гривень.

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 пріоритетизації такої діяльності може звести нанівець усю роботу, 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 насамперед на закладах, що надають інтенсивну допомогу, забезпечивши приведення у відповідність функціям їхні кадрові та матеріально-технічні ресурси. Створення реальних лікарень інтенсивного лікування призведе до зміни функцій, і реорганізація закладів інших типів буде відбуватися поступово, природним шляхом.

ЗАХОДИ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

У 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. Суть проекту полягала в тому, що всі зареєстровані в Україні лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою розподілялися на три групи: 1) вартість яких підлягає відшкодуванню в розмірі 90%; 2) вартість яких підлягає відшкодуванню в розмірі менше 90%; 3) вартість яких не відшкодовується (рис. 9). 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 у рамках пілотного проекту здійснювався за рецептами, виписаними ЗОЗ, 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 України. Для часткового відшкодування громадянам вартості гіпотензивних ліків передбачалася субвенція з державного бюджету: у 2012 р. у розмірі 40 млн грн (~ 5 млн доларів), у 2013 р. – 191,6 млн грн (~ 24 млн доларів).

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 р. на 9,7%); зросло споживання препаратів на 24%, насамперед за рахунок більш дешевих вітчизняних препаратів, вартість яких відшкодовувалась (рис. 10). Усе 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 у сільській місцевості стали масово відкриватися аптечні заклади (аптеки і аптечні пункти) (рис. 11). За період 2009–2013 рр. їх кількість збільшилася на 62,5%. Крім того, з метою поліпшення забезпечення сільського населення лікарськими засобами, введена нова норма: у разі відсутності аптеки або структурного підрозділу аптеки дозволено здійснення роздрібної торгівлі лікарськими засобами за переліком, встановленим наказом МОЗ України, в приміщеннях ФАПів, сільських, дільничних лікарень, амбулаторій ЗПСМ працівниками цих установ, що мають медичну освіту.



Джерело: Система дослідження ринку «PharmXplorer»

Рис. 10. Динаміка продаж антигіпертензивних препаратів у 2012–2013 рр.

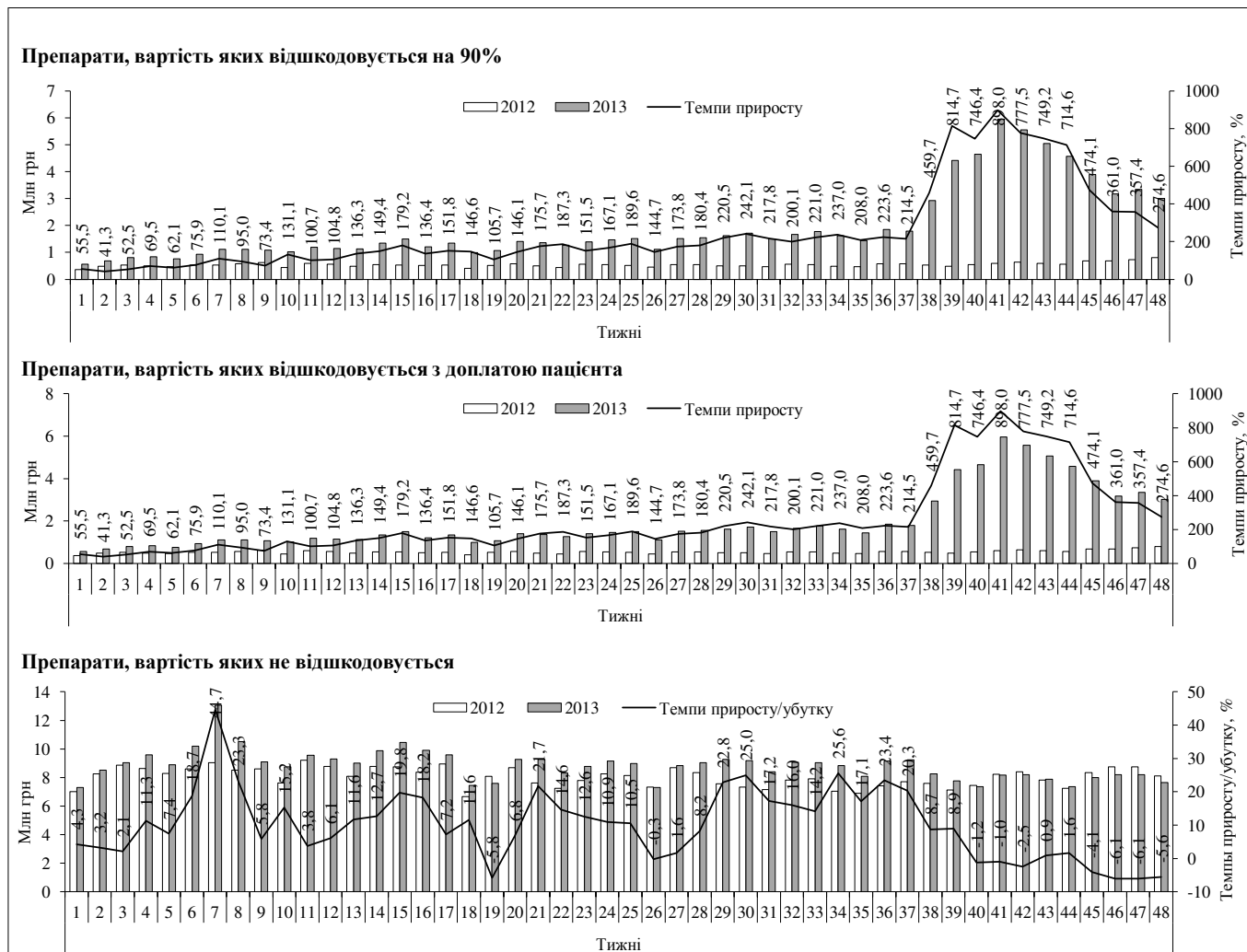


Рис. 9. Результати запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою



Рис. 11. Питома вага СА і ФАПів, які мають пункти реалізації лікарських засобів

Висновки

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

У процесі реалізації пілотних проектів було доведено доцільність та ефективність: 1) розмежування ПМСД та вторинної медичної допомоги з розвитком ПМСД на засадах ЗПСМ, створенням ЦПМСД з розвинутою мережею амбулаторій у містах і сільській місцевості; 2) пулінгу фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної медичної допомоги на регіональному рівні; 3) розвиток лікарень інтенсивного лікування та 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 органів влади усіх рівнів.

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

Література

2. 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" / укл. : М. В. Шевченко. – Київ, 2014. – 51 с.
3. 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.
4. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. № 209 (скасована) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.arteka.ua>. – Назва з екрану.
5. Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2013 р. № 395 (скасована) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.gp.gov.ua/ua/kmu.html?_m=fslib&_t=fsfile&_c...file. – Назва з екрану.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности / ВОЗ. – Женева : Изд-во ВОЗ, 2000. – 232 с.
7. 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, 2014 р. – 11 с.
8. 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.
9. Крячкова Л. В. Медико-соціальне обґрунтування системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» / Л. В. Крячкова. – Харків, 2015. – 44 с.
10. 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». – Київ, 2013. – 36 с.
11. Лехан В. М. Новая модель надання первинної медико-санітарної допомоги - досвід пілотних регіонів / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, В. Г. Гінзбург [та ін.] // Wiadomosci Lekarskie. – 2014. – Tom LXVII, gr.2czesc. II. – P. 210–214.

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. 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.
14. Модернізація первинної медичної допомоги населенню України в руслі світових тенденцій / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, В. Г. Гінзбург [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2 (22). – С. 63–69.
15. 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/> – Назва з екрану.
16. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: [спільний звіт] / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – Київ : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
17. Портер М. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат / М. Портер, Т. Э. Ольмстед. – Киев : Из-во Алексея Капусты (подразделение Агенства «Стандарт»), 2007. – 620 с.
18. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07. 2012 р. № 5081-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
19. Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги : наказ МОЗ України від 15.05.2013 № 373 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
20. 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 : наказ МОЗ України від 05.10.2011 №646 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
21. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : Закон України від 07.07. 2011 № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
22. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс] / Комітет з економічних реформ при Президентові України. – 2010. – 87 с. : Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва з екрану.
23. Результати діяльності галузі охорони здоров'я України : 2013 р. : матеріали до підсумкової колегії Міністерства охорони здоров'я. – Київ, 2014. – 172 с.
24. Салтман Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас : пер. с англ. – Москва : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.
25. Семенов Ю. А. Telecommunication technologies – телекоммуникационные технологии (v2.1) (ГНЦ ИТЭФ) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://booksmania.name/internet/textbook2442.html>: – Название с экрана.
26. 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. – Київ, 2013. – 415 с.
27. Health Systems Financing. The path to universal coverage. World Health Organization: The World Health Report, 2010. – 128 p.
28. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements / J. Kutzin // Health Policy. – 2001. – Vol. 56. – С. 171–204.
29. Roland M. Primary Medical Care in the United Kingdom / Martin Roland, Bruce Guthrie, David Colin Thomé // Journal of the American Board of Family Medicine (JABFM). – 2015. – Vol. 28 (4). – P. 6–11.
30. Ukraine: Health system review / Lekhan V. N., Rudiy V. M., Shevchenko M. V. [et al.] // Health Systems in Transition. – 2015. – Vol. 17 (2). – P. 1–153.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.07.2015 р.