

Кризина Н.П.,

доктор наук з державного управління, доцент,
заступник директора з наукової роботи
Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України

Кризина П.С.,

доктор медичних наук, професор Київського медичного університету УАНМ

Письменна О.В.,

старший лаборант Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця

Слабкий В.Г.,

науковий співробітник Українського інституту
стратегічних досліджень МОЗ України

Сізов О.С.,

асистент Київського медичного університету УАНМ

Державна політика охорони здоров'я: механізми реформування медичної допомоги на сучасному етапі

У статті розглянуті проблеми реформування системи охорони здоров'я, розроблені та запропоновані механізми розмежування первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, проведено їх аналіз.

Ключові слова: система охорони здоров'я, реформування, розмежування.

Кризина Н.П., Кризина П.С., Письменная О.В., Слабкий В.Г., Сизов О.С. Государственная политика здравоохранения: механизмы реформирования медицинской помощи на современном этапе

В статье рассмотрены проблемы реформирования системы здравоохранения, разработаны и предложены механизмы разделения первичной, вторичной (специализированной), третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи, проведен их анализ.

Ключевые слова: система здравоохранения, реформирование, разделение.

Kryzyna N.P., Kryzyna P.S., Pysmenna O.V., Slabkyi V.G., Sizov O.S. Public health policy: mechanisms of reforming health care at the present stage

In article problems of reforming health care system have been submitted, analysed, mechanisms of differentiation of primary, secondary (specialized) and tertiary (high specialized) health care have been developed and proposed.

Key words: health care system, reforming, differentiations.

Конституцією України гарантовано, що життя і здоров'я людини є найвищими соціальними цінностями держави і кожен громадянин України має право на охорону здоров'я та медичну допомогу.

Стан здоров'я населення України є незадовільними (за даними як вітчизняної, так і міжнародної статистики). Упродовж останніх десятиріч спостерігаються негативні тенденції: зросли рівні смертності (особливо серед людей працездатного віку), захворюваності, зменшилася середня тривалість життя тощо.

Саме орієнтація держави на покращення здоров'я громадян, реформування та розвиток системи охорони здоров'я (СОЗ) і є одними із основних показників її розвитку, цивілізованості і конкурентоспроможності.

Стан СОЗ сьогодні викликає справедливі нарікання з боку як населення, так і медичного персоналу, на сьогодні вона не здатна задовольнити потреби населення в медичній допомозі, забезпечити доступність, якість та своєчасність надання медичної допомоги та послуг з охорони здоров'я, належний рівень профілактики захворюваності та зниження показників смертності тощо.

Головним фактором, що зумовлює необхідність реформи СОЗ, є неможливість, з одного боку, забезпечити в існуючих умовах належне державне фінансування галузі, а з другого - запровадити ефективні схеми для повноцінної конкуренції на ринку медичних послуг.

Актуальність статті полягає в тому, що ситуація, яка склалася у системі охорони здоров'я України, вимагає переосмислення та вироблення єдиної державної політики щодо реформування вітчизняної СОЗ.

Мета роботи - проведення аналізу, вироблення рекомендацій і пропозицій щодо реформування системи охорони здоров'я.

Методологічною основою дослідження став системний підхід з використанням сучасних методів дослідження: бібліосемантичний та структурно-логічний - для аналізу досліджень з

проблеми та метод опрацювання уявної системи шляхом концептуального моделювання й логічного узагальнення процесу державного регулювання й управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Виклад основного матеріалу. Як показав час, модель Семашка виявилася непридатною для використання в умовах зміни економічного розвитку ринкової економіки. Держава продовжує бути монополістом у формуванні політики щодо охорони здоров'я, що є перевагою. Адже СОЗ, особливо в таких питаннях, як забезпечення життєво важливих аспектів існування суспільства (загальна стратегія розвитку, питання санітарно-епідеміологічної безпеки, здоров'я дітей та матерів тощо), потребує централізованих підходів до управління та державного регулювання.

Курс економічних реформ, започаткований владою, передбачає значні перетворення в системі охорони здоров'я. Створення Комітету з економічних реформ, прийняття Програми економічних реформ Президента України "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава": Програма економічних реформ на 2010-2014 роки та затвердження планів-графіків їх реалізації [1], зокрема реформи охорони здоров'я, вказує на готовність до запровадження нових методів організації та фінансування галузі.

Одним з вирішальних кроків у запланованих перетвореннях є обґрунтування необхідності [2] та визначення строків запровадження фінансування закладів вторинного рівня надання медичної допомоги за методом глобального бюджету [3].

Але водночас держава неспроможна фінансово підтримувати СОЗ у повному обсязі. Для цього потрібні механізми децентралізації управління з гнучкою системою реагування на потреби регіонів, місцевої громади. Низькою є частка витрат на охорону здоров'я відносно валового внутрішнього продукту (ВВП) України, яка за останні 5 років коливається в межах 3%. Попри збільшення питомої ваги видатків на оплату праці медичних працівників у загальному бюджеті, зростання середньої заробітної плати в охороні здоров'я залишається вкрай низьким (з 139 грн в 2000 р. до 1861 грн у 2011 р.). Останні заходи щодо підвищення заробітної плати медичним працівникам розглядалися урядом 1 липня 2011 р.

В Україні продовжують нераціонально використовуватися наявні ресурси охорони здоров'я, свідченням чого, зокрема, є:

- дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги. Це дублювання проявляється в концентрації високоспеціалізованих медичних установ на певній адміністративній території, що, з одного боку, створює регіональну диспропорцію медичного забезпечення, а з другого - призводить до неефективного використання потужностей медичних ресурсів на обмеженій території [5];

- відсутність створення системи маршруту пацієнта з боку лікаря первинної ланки (лікаря-терапевта, лікаря-педіатра, лікаря загальної практики/сімейної медицини (ЛЗП/СМ)). Пацієнти, як правило, самостійно звертаються безпосередньо до лікарів-спеціалістів, що, з одного боку, створює умови для зловживань у медичній галузі, а з другого - надмірний, здебільшого необґрунтований попит на вторинну (спеціалізовану), більш витратну медичну допомогу та госпіталізацію;

- відсутність системи чіткого розподілу надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

- низька доступність до якісної медичної допомоги, зокрема диспропорція в забезпеченні якісною медичною допомогою сільського та міського населення України;

- низька якість кадрового забезпечення СОЗ, зокрема:

- а) незацікавленість дільничних лікарів-терапевтів, лікарів-педіатрів та ЛЗП/СМ, праця яких оплачується по ставках і не залежить від якості їх роботи та обсягу наданих послуг, в підвищенні своєї кваліфікації;

- б) негативний кадровий баланс: старіння працівників (старої школи) галузі, низька якість підготовки медичних кадрів, недостатній приплив у медицину кваліфікованих молодих спеціалістів із середньою медичною освітою;

- відсутність законодавчого забезпечення захищеності прав пацієнтів та медичних працівників в Україні;

- нечіткість та неузгодженість нормативно-правової бази, що визначає та регулює механізми фінансування СОЗ, зокрема, немає законодавчо закріпленого базового пакету медичної допомоги, надання якого держава гарантує всім своїм громадянам безоплатно, тобто за рахунок дер-

жавних та місцевих бюджетів, що призводить до законодавчих колізій, виникнення на практиці проблем, коли норми різних актів, що регламентують охорону здоров'я, суперечать одна одній.

Усе це потребує радикального перегляду та реформування державної політики у СОЗ, особливо в таких питаннях, як розмір бюджетних витрат охорони здоров'я, раціональне використання наявної інфраструктури (медичних закладів та їх технічного забезпечення, кадрів, технологій тощо), переорієнтації охорони здоров'я на профілактичний напрям тощо.

Основними завданнями реформування СОЗ в Україні є: підвищення якості, доступності медичних послуг, ефективності державного фінансування.

Реформування СОЗ включає три напрями: перепрофілювання закладів охорони здоров'я (ЗОЗ); зміну системи фінансування охорони здоров'я; вдосконалення контролю якості медичних послуг.

Перепрофілювання закладів охорони здоров'я передбачає формування первинного рівня надання медичної допомоги: створення мережі закладів первинного рівня переважно у вигляді амбулаторій загальної практики/сімейної медицини (в сільській місцевості переважно на 2 лікаря, в міській - на 4) та їх обладнання відповідно до затверджених табелів оснащення з різними моделями для міської та сільської місцевості.

Первинна медична допомога - медична допомога, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта ЛЗП/СМ і передбачає:

- консультацію, діагностику, лікування пацієнтів з найбільш поширеними хворобами, травмами, отруєннями, патологічними, фізіологічними (при вагітності) станами та профілактичними заходами;
- направлення пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, в ЗОЗ для надання вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- надання невідкладної медичної допомоги при гострих розладах фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, які не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Первинна медична допомога надається безоплатно в ЗОЗ, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення.

Порядок надання первинної медичної допомоги визначається спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

У разі необхідності направлення пацієнта на стаціонарне лікування лікар первинної медико-санітарної допомоги дає направлення на госпіталізацію до профільного закладу охорони здоров'я.

За екстреними показаннями госпіталізація пацієнта може здійснюватися без направлення лікаря первинної медико-санітарної допомоги.

Механізми реформування первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД):

- у сільській місцевості - реорганізація сільських лікарських амбулаторій, амбулаторних відділень сільських дільничних лікарень та частини поліклінічних відділень центральних районних (ЦРЛ) і районних (РЛ) лікарень, великих ФАПів у Центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). При цьому слід з економічної точки зору прорахувати різні варіанти організації первинного рівня медичної допомоги в сільській місцевості, беручи до уваги: демографічні показники території обслуговування (чисельність, щільність розселення, віково-статева структура населення); стан здоров'я населення території обслуговування (показники народжуваності, захворюваності, поширеності, смертності та інвалідності); медичні потреби прикріпленого населення; ресурсне (кадрове, фінансове, матеріально-технічне) забезпечення та організаційно-функціональну структуру закладів охорони здоров'я відповідної адміністративної території (доцільніше, наприклад, залишити невеликий постійно діючий ФАП, який виконує сестринський нагляд і графік прийому (наприклад раз на тиждень) сімейного лікаря);

- у міській місцевості - реорганізація та перепрофілювання частини поліклінік та поліклінічних відділень багатопрофільних дорослих та дитячих лікарень, відкриття нових закладів, наближених до місця проживання населення [1];

• ЦПМСД, до складу яких входять амбулаторії первинної ланки (ЗП/СМ та ФАП), що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району або міста чисельністю від 30 до 100 тис. осіб, а також невідкладну - населенню закріпленої території.

Функціональними обов'язками центру повинні бути:

- укладання договорів із замовником на надання послуг первинної допомоги;

- планування, координація діяльності закладів ПМСД, що входять до складу Центру;
- розроблення та вжиття заходів щодо забезпечення якості медичної допомоги;
- облік та звітність діяльності закладів ПМСД - визначення і розподіл мотиваційних механізмів для працівників первинної ланки;
- запровадження закупівлі медичних послуг;
- підвищення якості, доступності та своєчасності надання населенню медичної допомоги та медичного обслуговування;
- поліпшення кадрового забезпечення медичної сфери;
- упровадження інформаційного забезпечення реформування медичної сфери та системи оцінки діяльності закладів охорони здоров'я.

Удосконалення фінансово-економічного механізму управління СОЗ досягається насамперед за рахунок переходу до контрактної моделі управління та фінансування шляхом запровадження договірних відносин при закупівлі послуг з охорони здоров'я та зміни принципу фінансування, а саме:

- від кошторисного фінансування до державного замовлення на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги;

- на якісно новий метод оплати послуг з охорони здоров'я на первинному рівні шляхом запровадження поєднання подушної оплати і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад відсотки охоплення вакцинацією населення, охоплення скринінговими програмами тощо).

Модель вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги:

1. Структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

2. Концептуальна зміна порядку фінансування вторинного рівня надання медичної допомоги: перехід від постатейного фінансування до глобального бюджету.

3. Диференціація лікарень з урахуванням інтенсивності надання медичної допомоги (багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування, лікарня для відновного лікування, хоспіс, заклади медико-соціальної допомоги або сестринського догляду, лікарні для планового лікування хронічних хворих тощо).

4. Створення "госпітальних" округів, що об'єднують заклади кількох сільських районів або міст і районів залежно від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг.

5. Запровадження системи індикаторів якості медичних послуг, що надаються на вторинному рівні медичної допомоги.

6. Поліпшення кадрового та матеріально-технічного забезпечення.

Головне місце відводиться багатопрофільним лікарням для надання інтенсивної допомоги, передусім екстреної медичної допомоги, оскільки саме від їх діяльності залежить життя та здоров'я пацієнтів.

Зазначені перетворення можливі при існуючому адміністративно-територіальному розподілі шляхом створення госпітальних округів, що об'єднують заклади кількох сільських районів або міст та районів залежно від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг.

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

Усі типи закладів мають бути до- або переоснащені відповідно до визначених функцій і табелів оснащення.

На третинному рівні надається високоспеціалізована, високотехнологічна медична допомога обласними лікарнями та клініками науково-дослідних інститутів.

З метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання потенціалу обласних лікарень і вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації пропонується створення університетських клінік - об'єднання цих закладів у формі концерну відповідно до чинного законодавства.

Висновки:

1. Як показав аналіз, українська система охорони здоров'я характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю і низькою якістю медичних послуг, що зумовлює загострення проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи, та вимагає реформування системи охорони здоров'я таким чином, щоб, з одного боку, забезпечити підвищення попиту населення на медичну допомогу, а з другого - стримувати зростання витрат на охорону здоров'я.

2. Медична допомога на первинному рівні включає профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію пацієнтів.

3. У разі необхідності проведення консультативно-діагностичної допомоги вторинного (спеціалізованого) рівня лікар первинної медико-санітарної допомоги направляє пацієнта до профільного закладу охорони здоров'я (профільного спеціаліста) за винятком випадків, передбачених МОЗ України, коли пацієнт може звернутися до закладу (спеціаліста) самостійно. В інших випадках такі послуги надаються на платній основі.

4. Очікуваними ризиками, які вже проявляються й сьогодні, є такі:

- намагання прискорити відкриття нових амбулаторій сімейного типу без належного рівня фінансування призводить до того, що нові амбулаторії, наближені до населення, відкриваються без обладнання відповідно до затверджених табелів оснащення і забезпечення. В результаті незважаючи на відкриття амбулаторій витрачені кошти, якість і доступність медичної допомоги населенню певного мікрорайону не забезпечено через фізичну відсутність потрібного устаткування, а досить часто - й медичних кадрів);

- підготовка, а особливо перепідготовка кадрів для первинної ланки (сімейних лікарів) відбувається формально.

5. Таким чином, на сучасному етапі реформування СОЗ необхідно здійснити централізацію коштів територіальних громад на рівні районного/міського бюджету та спрямувати їх на забезпечення фінансування медичного обслуговування населення адміністративної території з метою створення більш потужного джерела фінансування та ефективного управління обмеженими ресурсами.

Список використаних джерел

1. Комітет з економічних реформ при Президентові України. "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава" : Програма економічних реформ на 2010-2014 роки. - Режим доступу : http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf/

2. Методичні рекомендації стосовно розробки місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування планів заходів щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі та створення об'єднань таких закладів, зокрема міжрайонних / за ред. Г. О. Слабкого. - К. : [б. в.], 2010. - 23 с.

3. Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/sim_med.html

4. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. - К. : [б. в.], 2009. - 50 с.

5. 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.

УДК [352(477):35.08]-048.32

Куйбіда В.С.,

*доктор наук з державного управління, професор,
професор кафедри регіонального управління,
місцевого самоврядування та управління містом НАДУ*

Поп'юк Л.В.,

*аспірант кафедри регіонального управління,
місцевого самоврядування та управління містом НАДУ*

Зміцнення спроможності органів місцевого самоврядування: погляд крізь призму кадрового потенціалу

У статті проаналізовано стан формування і розвитку спроможності органів місцевого самоврядування в Україні, розглянуто під цим кутом зору останні напрацювання центральних органів виконавчої влади,