



# **Реформування вторинної медичної допомоги в Україні: базова проблематика та варіанти вирішення**

## **Зведений звіт**

Проект, що фінансується ЄС,  
«Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»  
2007-2009

Сфера співробітництва між Україною та ЄС

Проект діє в рамках програми Європейського Союзу “Підтримка подолання  
соціальних наслідків перехідного періоду”

Програмний рік 2004

Проект виконується консорціумом EPOS Health Consultants/NI-CO/ECORYS

Під егідою програми допомоги ЄС Tacis уряд України отримує підтримку в реформуванні системи охорони здоров'я від ЄС. Даний проект (EU Project EuropeAid/123236/C/SER/UA: СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ) спрямований на реформування ланки вторинної медичної допомоги та був розроблений у відповідь на безпосередній запит МОЗ та уряду України.

Загальним підходом проекту є демонстрація через певні експериментальні моделі, розроблені спільно з представниками влади трьох пілотних областей, ефективніших та більш дієвих способів реформування ВМД послуг на обласному рівні, а також на рівні місцевих установ. Паралельно до пілотних моделей в сферу діяльності проекту входять експертні поради безпосередньому бенефіціару, МОЗ, на національному рівні. Структура проекту достатньо універсальна, щоб реагувати на змінні потреби міністерства в процесі реформування.

Даний проект базується на результатах попередніх ініціатив ЄС спрямованих на надання підтримки в покращенні системи охорони здоров'я України, пропонуючи підходи до структурних реформ задля врегулювання наслідків нерівноправності та нераціональності в секторі охорони здоров'я, зокрема в питаннях, які стосуються вторинної медичної допомоги.

# Зміст

СКОРОЧЕННЯ

<b>ВИЗНАЧЕННЯ</b> .....	<b>6</b>
<b>КОРОТКИЙ ОГЛЯД</b> .....	<b>10</b>
<b>ВМД в Європі</b> .....	<b>10</b>
<b>ВМД в Україні</b> .....	<b>11</b>
<b>Варіанти реформування ВМД в Україні</b> .....	<b>11</b>
<b>1 ВТОРИННА МЕДИЦИНА В ЄВРОПЕЙСЬКИХ КРАЇНАХ</b> .....	<b>15</b>
1.2 Послуги ВМД .....	20
1.3 Постачальники послуг ВМД .....	20
1.3.1. Типи .....	21
1.3.2 Форма власності .....	22
1.3.3 Організація .....	23
1.3.4 Управління .....	24
1.4 Планування ВМД .....	24
1.4.1 Стратегії .....	24
1.4.2 Розподіл послуг .....	25
1.4.3. Аспекти планування .....	26
1.5 Фінансування сфери охорони здоров'я і ВМД зокрема .....	28
1.5.1 Джерела та розподіл фінансування .....	28
1.5.2 Фінансування послуг .....	29
1.5.3 Фінансування інвестицій .....	31
1.6 Якість ВМД в Європі .....	31
1.7 Кадрові ресурси ВМД в Європі .....	34
1.8 Інформаційні та комунікаційні технології ВМД в Європі .....	35
<b>2 СИСТЕМА ВТОРИННОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ</b> .....	<b>37</b>
2.2 Послуги ВМД .....	39
2.3 Постачальники послуг ВМД .....	39
2.3.1 Типи .....	39
2.3.2 Форма власності .....	40
2.3.3 Мережа та структура медичних закладів .....	41
2.4. Планування ВМД .....	44
2.5. Фінансування ВМД .....	45
2.5.1. Джерела та розподіл фінансування .....	45
2.5.2 Фінансування послуг та законодавство .....	49
2.6 Законодавство сфери ВМД .....	54

2.7	Системи забезпечення якості ВМД в Україні .....	56
2.7.1	Забезпечення якості медичних послуг .....	56
2.7.2	Регламенти контролю фармацевтичних препаратів.....	57
2.7.3	Медичні технології .....	57
2.8	Кадрові ресурси в Україні .....	58
2.8.1	Поточний стан кадрів ВМД сфери в Україні.....	58
2.8.2	Кадрове управління.....	59
2.8.3	Кадрове планування.....	60
2.8.4	Нарощування потенціалу.....	60
2.9	Інформаційні та комунікаційні технології в ВМД.....	60
2.9.1	ІТ компоненти, які використовуються в лікарнях.....	61
2.9.2	Програмне забезпечення в пілотних областях .....	62
2.9.3	Перепони запровадження ІТ в сфері охорони здоров'я .....	62
3	ВАРІАНТИ РЕФОРМУВАННЯ ВМД В УКРАЇНІ.....	64
3.1	Загальні міркування щодо варіантів .....	64
3.2	Послуги ВМД.....	65
3.3	Постачальники послуг ВМД .....	67
3.4	Планування ВМД.....	69
3.5	Фінансування ВМД .....	71
3.6	Якість ВМД .....	72
3.7	Кадри ВМД .....	73
3.9	Інформаційні та комунікаційні технології в ВМД.....	75
4	ПОСИЛАННЯ.....	77
5	ДОДАТКИ .....	78
	1. «Дерево кадрових проблем»	
	2. Нормативно-правова база	

## Скорочення

ALOS	Average length of stay	Середня тривалість перебування у стаціонарі
CEN	European Committee for Standardization	Європейський комітет зі стандартизації
CQI	Continuous Quality Improvement	Безперервне покращення якості
CPG	Clinical Practice Guidelines	Посібник з клінічної практики
DRG	Diagnosis Related Groups	Групи схожого діагнозу
EBM	Evidence-based medicine	Доказова медицина
EU	European Union	Європейський Союз (ЄС)
GP	General Practitioner/General Practice	Лікар загального (широкого) профілю/ Лікар загальної практики
HER	Electronic health record	Електронно-медичний архів/ електронна медична карта
HR	Human resource/s	Кадри
HRG	Healthcare Resource Group*	Клініко – статистична група (Британський Варіант)
IPPR	Institute of Public Policy Research	Інститут досліджень громадського життя
ISO	International Organization for Standardization	Міжнародна організація зі стандартизації
ICT	Information and Communication Technology	Інформаційно-комунікаційні технології (ІТ/ІКТ)
MoH	Ministry of Health	Міністерство охорони здоров'я (МОЗ)
MoJ	Ministry of Justice	Міністерство юстиції
MRSA	Methicillin-resistant Staphylococcus aureus	Метицилін - резистентний стафілокок
MS	Medical standards	Медичні стандарти
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence	Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності
NHA	National Health Account	Національні рахунки охорони здоров'я
NHS	National Health Service	Національна служба охорони здоров'я
OHCD	Oblast Health Care Department	Обласне управління охорони здоров'я
PACS	Picture Archiving and Communication System	Система передачі та зберігання даних
PBC	Practice Based Commissioning	Заздалегідь визначена (фіксована, встановлена) комісія (ставка, надбавка)
PbR	Payment by result	Оплата за результатами
PCT	Primary Care Trust	Трасти первинної медичної допомоги
PFI	Private Finance Initiative	Приватна фінансова ініціатива (ПФІ)
PPP	Public Private Partnership	Державно-приватне партнерство (ДПП)
PHC	Primary Health Care	Первинна медична допомога (ПМД)
QMS	Quality Management System	Система управління якістю (СУЯ)
RIS	Radiology Information System	Радіологічна інформаційна система (РІС)
SHA	Strategic Health Authority/ies	Стратегічні органи охорони здоров'я
SHC	Secondary Health Care	Вторинна медична допомога (ВМД)
SROS	Schema regional d'organisation sanitaire	Регіональна схема охорони здоров'я
TQM	Total Quality Management	Загальне (комплексне) управління якістю
TC	Tertiary Care	Високоспеціалізована медична допомога
WB	World Bank	Світовий Банк (СБ)
WHO	World Health Organization	Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)

## Визначення

Визначення ПМД, ВМД та високоспеціалізована медична допомога – це загально прийнятий спосіб розрізняти рівні медичної допомоги в Європі, часто комбінуючи їх з системою направлень від менш спеціалізованого рівня послуг до більш спеціалізованого. Словник Європейської обсерваторії використовує наступні визначення, які можуть відображати загальне розуміння термінів на території Європи.

**Первинна медична допомога:** Перший рівень контакту, коли населення проводить певні заходи задля покращення свого здоров'я безпосередньо в суспільстві. В системі з так званим «шлюзом» всі початкові (не невідкладні) консультації з лікарським, середнім та іншим медичним персоналом визначаються, як первинна медична допомога, на протипагу до вторинної медичної допомоги та послуг за направленням. це не виключає надання першої медичної допомоги (невідкладної допомоги першого контакту) чи певних спеціалізованих послуг лікарями загальної практики. в системах з безпосереднім доступом до спеціалістів відмінності зазвичай базуються на установах, коли наприклад, поліклініки надають первинну медичну допомогу, а лікарні - вторинну.

**Вторинний рівень медичної допомоги:** Спеціалізовані амбулаторні медичні послуги (які зазвичай не надаються в умовах первинної медичної допомоги) та звичайна лікарняна допомога (амбулаторні та стаціонарні послуги). Доступ часто надається за направленням від первинної ланки, а в деяких країнах ЄС – лише через «шлюзову» систему лікарів загальної практики. Лікарні загального профілю, які надають повний спектр ВМД послуг, зазвичай обслуговують населення в щонайменше 100,000 осіб.

Як правило, в лікарнях загального профілю надаються наступні послуги:

- невідкладна («швидка») допомога
- травматологічні та ортопедичні
- гінекологічні та урологічні
- акушерські
- гастроентерологічні
- офтальмологічні
- загальної хірургії
- анестезіологічні
- інтенсивна терапія та післяопераційні послуги
- кардіологічні
- послуги загальної терапії
- респіраторні
- педіатричні
- ревматологічні
- терапевтичне лікування та
- діагностичні послуги (рентген), КТ сканування, лабораторні дослідження, тощо)

**Високоспеціалізована медична допомога:** Стосується медичних, хірургічних та супутніх послуг високої складності та зазвичай високої вартості. Високоспеціалізовані медичні послуги надаються пацієнтам направленим з ВМД ланки для проведення певної спеціалізованої діагностики та лікування, які не надаються (і не повинні надаватись) первинним та вторинним сектором. Як правило, високоспеціалізована медична допомога надається лише через національні чи міжнародні центри направлення, які зазвичай обслуговують населення в кількості щонайменше 1 мільйона осіб та не обмежуються територіальними кордонами.

## Екстрена (швидка) медична допомога

Даний термін охоплює негайне медичне чи хірургічне втручання необхідне задля уникнення смерті чи подальшого погіршення стану здоров'я пацієнта, наприклад, перша медична допомога після аварії чи виклик швидкої допомоги. Невідкладна медична

допомога може надаватись в лікарні, проте це не вважається правилом (наприклад, придорожня бригада швидкої допомоги в дорожньо-транспортному управлінні). Стаціонарним перебуванням задля надання «невідкладної медичної допомоги» французькою системою охорони здоров'я класифікується перебування тривалістю від 0 до 7 днів задля зручності рівнів внесків соціального медичного страхування.

### **Невідкладна медична допомога**

Невідкладна медична допомога стосується медичної чи хірургічної допомоги вторинного рівня, і зазвичай відноситься до лікарняної чи стаціонарної допомоги. Французька система охорони здоров'я визначає «невідкладну допомогу», як будь-яку стаціонарну допомогу протягом максимум 70 днів. Після 70 днів госпіталізації пацієнта класифікують, як «хронічно хворого» (наприклад, пацієнти з тривалими наслідками, які не можуть лікуватись в домашніх чи амбулаторних умовах).

### **Планована медична допомога**

Плановані допуски (які також називають «вибірковими») стосуються будь-яких не екстрених процедур чи медичних втручань та задля проведення яких пацієнти допускаються до лікарні (наприклад, рутинні операції для лікування грижі чи варикозних вен). Такі процедури проводяться у встановлений час та день, які є зручними для пацієнти та служби. Заплановане чи вибіркоче перебування в лікарні може тривати день або довше.

### **Стандарти якості у ВМД**

Загалом всі відповідні питання в процесі надання медичних послуг в лікарні мають підлягати стандартам якості. В результаті стандарти якості можуть стосуватись:

- Кваліфікації кадрів задіяних в наданні лікарняних послуг
- Технічного обладнання
- Медичного приладдя та препаратів
- Лікарняних будівель
- Клінічних процесів
- Процесів управління
- Комунікативних процесів

Стандарти описують рівень якості, якого повинні дотримуватись медичні організації будь-якого сектору (наприклад, державні, приватні чи добровільні постачальники медичних послуг) в наступних сферах: безпека; клінічна ефективність та рентабельність; управління; наголос на потребах пацієнта; доступність та оперативність допомоги; оточення та обслуговування протягом лікування; а також громадське здоров'я. В кожній з даних сфер окремі стандарти діляться на дві категорії:

- *базові стандарти*: які зводять разом та раціоналізують існуючі вимоги до медичних послуг, встановлюючи мінімальний рівень послуг, який мають право очікувати пацієнти та замовники послуг; і
- *експериментальні стандарти розвитку* : які вказують на напрям руху та надають структуру органам охорони здоров'я для планування процесу надання послуг та, які продовжують вдосконалюватись паралельно зі зростаючими очікуваннями пацієнтів.

В європейських країнах існують стандарти структури та функціональності лікарень, причому кожна країна має певні власні стандарти (багато з них підлягають стандартам ISO чи потрібні для відповідності європейським директивам). Зазвичай стандарти охоплюють типові та структурні вимоги до медичних будівель, управління комунальними послугами, пожежної безпеки, чистоти та клінічного оточення, технології та лікарських

препаратів, тощо. На додачу до цього, встановлюються стандарти якості для медичних установ, які повинні гарантувати мінімальні рівні безпеки медичної допомоги та доступу до неї, а також охоплюють такі питання, як безпека пацієнта, конфіденційність, професійне ставлення та клінічна компетентність.

МОЗ України надає наступні визначення для медичних закладів (Наказ МОЗ № 385):

**Лікарня** – лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання стаціонарної медичної допомоги хворим. Лікарня, що надає стаціонарну медичну допомогу хворим з лікарських спеціальностей одного профілю називається однопрофільною, а з декількох лікарських спеціальностей – багатопрофільною. Однопрофільні лікарняні заклади створюються для надання медичної допомоги населенню певної території (міста, району), спеціалізовані – для надання спеціалізованої медичної допомоги населенню регіону (республіки, області, міста в містах Києві, Севастополі). У своєму складі лікарня може мати поліклініку чи амбулаторію, які не є самостійними юридичними особами.

**Центральна районна чи центральна міська лікарня** – лікарня, на яку покладено функції органу управління охороною здоров'я району, називається центральною районною лікарнею, міста – центральною міською лікарнею.

**Територіальне медичне об'єднання (ТМО)<sup>1</sup>** - це комплекс лікувально-профілактичних та інших закладів, функціонально і організаційно пов'язаних між собою з метою інтеграції і ефективного використання кадрових і матеріальних ресурсів для досягнення найкращих кінцевих результатів у наданні медичної допомоги населенню.

Як правило, до складу ТМО входить лікарня і поліклініки (дитяча та доросла). Можуть бути об'єднаними в ТМО також лікувальні заклади, які надають певний вид допомоги. Наприклад, до складу ТМО «Психіатрія, наркологія» (Рівненська область) входять Центр психічного здоров'я населення (м. Рівне), обласні психіатричні лікарні Острога (410 ліжок), Орлівки (270 ліжок), Дубенський диспансер психосоціальної реабілітації (50 ліжок). Всі ці заклади, є самостійними юридичними особами, а їх об'єднання сприяє налагодженню взаємодії між ними при проведенні лікувального процесу, проведення профілактичної роботи, здійснення централізованого фінансування, обміну досвідом.<sup>2</sup>

У м. Києві наприкінці 2007 р. згідно з рішенням Київської міської ради від 24.05.07 №728/1389 «Про створення Територіальних медичних об'єднань м. Києва» створено три територіально-медичні об'єднання (ТМО) для управління амбулаторно-поліклінічними та стаціонарними закладами з метою оперативного управління діяльністю лікувально-профілактичних закладів, розташованих на території відповідного медичного району для забезпечення однакових умов для кожного мешканця в отриманні доступної та якісної медичної допомоги на відповідній території. Наприклад, до складу ТМО «Либідське» на правах учасників входить 25 лікувально-профілактичних закладів Солом'янського, Святошинського та Голосіївського районів м. Києва (міські клінічні лікарні, поліклініки дорослі і дитячі, пологовий будинок, поліклініка сімейного лікаря), які є самостійними юридичними особами.

**Диспансери** – лікувально-профілактичні заклади, що надають медичну допомогу населенню з певних груп захворювань та забезпечують диспансеризацію населення. Диспансери можуть мати у своєму складі стаціонар.

<sup>1</sup> Наказ МОЗ України від 28.10.02 № 385 „Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я”// [www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214](http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214)

<sup>2</sup> Територіальне медичне об'єднання “Психіатрія, наркологія” // Медицина Рівненщини / Голов. ред. К.В. Конєва. – Рівне, 2004. – С. 185–189

**Медико-санітарна частина** – це міська поліклініка або міська лікарня з поліклінікою, призначені виключно для надання медичної допомоги робітникам промислових підприємств, будівельних організацій, підприємств транспорту. До складу медико-санітарної частини можуть входити й інші заклади охорони здоров'я.

## Короткий огляд

Даний зведений звіт об'єднує загальні теми реформування ВМД, які стосуються даного проекту Сприяння реформі вторинної медицини, що фінансується ЄС. Звіт подано у вигляді трьох розгорнутих частин, в першій з яких окреслені основні напрями надання медичних послуг в Європі та подана загальна база визначення основних питань ВМД аспектів; друга ставить наголос на аспектах надання медичних послуг в Україні; третя виділяє певні варіанти, які розробляються в рамках проекту реформування ВМД в Україні, включно з можливими напрямками реструктуризації лікарень та реконфігурації послуг в Україні. Контекст, в якому пропонується запроваджувати подібні зміни, посилається на європейський досвід. Хоча законодавчі, технічні та фінансові аспекти вважаються важливими, ключовим питанням для МОЗ України являється утримання достатньої кількості добре тренованого та кваліфікованого персоналу, як в клінічній, так і в управлінській сферах, наступні кілька років задля повноцінного впровадження реформаторських змін у відповідності до очікувань щодо якості, яких неможливо уникнути за будь-яких спроб гармонізації з практикою та стандартами ЄС.

## ВМД в Європі

Загальні базові принципи охорони здоров'я в ЄС – це солідарність у фінансуванні та доступ до послуг на основі рівноправ'я за рівних потреб. Більшість систем охорони здоров'я ЄС підтримуються поняттям соціальної солідарності у відповідних групах населення. Однак шляхи організації, фінансування та роботи послуг системи охорони здоров'я для різних країн може відрізнятись, а тому загальної моделі системи охорони здоров'я в Європі не існує. Дві основні (державні) моделі фінансування медицини – це податкове та страхове фінансування, проте практично всі країни мають суміш обох. Частка витрат приватного сектору в порівнянні з загальними витратами охорони здоров'я в міжнародній практиці була зведена та залишалась на приблизно одному достатньо і стійкому рівні протягом 20 років (від 25 до 30 %). Ринок охорони здоров'я ЄС, що постійно розвивається, допускає міжнародні порівняння вартості послуг та передових методів по країнам ЄС.

Сьогодні система охорони здоров'я в ЄС загалом характеризується децентралізацією до місцевого рівня та більшим рівнем відповідальності за надання послуг. Існує також тенденція до перенесення певних спеціалізованих послуг в амбулаторні установи первинної допомоги. В ЄС все ширше використовується зовнішня перевірка медичних послуг за допомогою систем управління якістю та порівняльного аналізу. В багатьох європейських країнах в 1990х було започатковано серйозні ініціативи з покращення якості, які орієнтувались на потреби пацієнта та його безпеку. В багатьох країнах ЄС існує окреме законодавство щодо прав пацієнтів (1991р. - Великобританія, 1992р. - Данія, 1993р. – Фінляндія, 2001р. - Австрія і 2002р. - Бельгія). Якість лікарняної допомоги відіграватиме вирішальну роль в можливості для лікарні стати ефективною. Повинні запрацювати системи оцінки результатів лікарняних послуг. Лікарні мають орієнтуватись на розвиток медичної технології, оцінювати та за необхідності надавати такі технології, а також передбачати наслідки для лікарні, тощо.

За прогнозами, загальні витрати на охорону здоров'я в розвинених країнах будуть зростати. Демографічні зміни, інфляційний вплив нових технологій та зростання відносної вартості послуг в системі охорони здоров'я, а також економічне зростання в сумі призведуть до підвищення вартості та попиту на медичні послуги. Це не слід розглядати виключно в негативному світлі, так як дослідження показують, що підвищення витрат на охорону здоров'я та попиту на послуги призводить до підвищення рівня середньої тривалості життя та благополуччя<sup>3</sup>. Протягом останніх 20 років значний прогрес торкнувся сфери медичних знань, біомедичних досліджень та нових технологій. Це стало основним

<sup>3</sup> IPPR Report, Private Spending on Healthcare, June 2008

поштовхом для змін в секторі охорони здоров'я в Європі. Однак демографічна сфера європейських країн також змінюється, де все більші пропорції складає населення, що наближається до похилого віку. Системи ОЗ повинні мати справу з медичною та соціальною допомогою при хронічно тривалих та більш комплексних проблемах зі здоров'ям. Хвороби, які стосуються способу життя, також здійснюють великий тиск на системи охорони здоров'я в ЄС, наприклад, підвищений рівень невірної використання ліків та зловживання алкоголем, куріння та погане харчування, інфекції що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІД. В той же час пацієнти стають все більш обізнаними в альтернативах методах надання медичних послуг та своїх правах.

## **ВМД в Україні**

Міністерство охорони здоров'я України передбачає 3 рівні автономії адміністрації регіонального бюджету ОЗ на рівнях області, району та селища. Окрім районних рад існують також міські та сільські ради. Всі вони впливають на спосіб надання медичних послуг.

Україна успадкувала від Радянського Союзу добре розвинену інфраструктуру лікарень та систему їх нормативно регульованої комплектації стосовно ліжкового фонду, проте слабо розвинену структуру первинної медичної допомоги. В кожному районі, відповідно до традицій (хоча законом цього і не вимагається), є власна районна лікарня. Не дивлячись на останні спроби проведення змін, дана система з наявною бюрократією загалом зберігається ще в радянському вигляді.

ВМД підтримує інтегровану систему, що базується на наказах. Окрім кількох окремих прикладів жодного розділення між замовником та постачальником медичних послуг не існує, а тому не існує і відповідного контракування чи перерозподілу послуг, відсутні відповідні національні та обласні стратегічні плани. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я мають статус бюджетних установ з надзвичайно обмеженими правами та стимулами прийняття незалежних управлінських рішень. Координація зусиль представників влади, державних організацій, міжнародних та національних фондів, а також програм технічної допомоги знаходиться на низькому рівні, і це заважає впроваджувати ініціативи націлені на покращення здоров'я населення та системи охорони здоров'я.

Конституційні гарантії на безкоштовну медицину (Стаття 49) створили певні перепони для впровадження структурної реформи в секторі охорони здоров'я, який і по цей день керується, як державно інтегрована та фінансована монополія медичних послуг. Очевидними також є обмеження державного фінансування. З іншого боку, приватні клініки виникають з незначним рівнем доказовості та наявності будь-якої глобальної стратегічної оцінки у відношенні до реальної потреби під парасолькою національної системи охорони здоров'я.

## **Варіанти реформування ВМД в Україні**

Сьогодні Україна мусить вирішувати складні питання з наданням якісної медичної допомоги своєму населенню через (i) законодавчі/організаційні обмеження, (ii) проблеми з обмеженим бюджетом, а також (iii) кадрові проблеми в умовах політичної нестабільності та постійно змінної демографії та епідеміології. Такі проблеми для України не є унікальними, тож досвід та уроки з європейської практики прийматимуться до уваги для формування пропозицій щодо покращення ВМД в Україні.

Важливо, щоб пропозиції щодо реформ, не лише ВМД, але і всіх сфер медичних послуг, підтримувались на трьох адміністративних рівнях: *центральному* (тобто, національному рівні через уряд та МОЗ), *обласному* (через обласні управління охорони здоров'я та облради), а також *місцевому* (через районні чи дільничні управління охорони здоров'я та місцеві ради). Будь-які радикальні зміни потребуватимуть підтримки задіяних кадрів та

місцевого населення, і на даний аспект слід посилатись за допомогою місцевих ініціатив з формування громадської думки та освітньої роботи з персоналом на тему переконфігурації лікарень.

Задля уникання існуючих законодавчих перепон слід надавати підтримку місцевим закладам та постачальникам медичних послуг в їх переході до статусу автономних некомерційних комунальних підприємств. Надалі це дозволить перейти до наступних кроків реформи: внутрішньої переконфігурації послуг та ефективнішого перепризначення персоналу, розділу функцій замовника та постачальника послуг, місцевого контракування, тощо. Обласні управління охорони здоров'я в пілотних областях підтримуються в розробці стратегічних планів обласного рівня для нових службових госпітальних мереж чи «округів», які могли б оптимізувати ефективніше надання існуючих послуг. Перші кроки до таких міжрайонних госпітальних об'єднань (які називають «госпітальними корпораціями») вже було здійснено в Харківській області.

Посиленням організаційних змін стане введення в лікарнях систем управління якістю, без яких було б складно запроваджувати та відслідковувати будь-які реальні покращення якості послуг. Діючі ініціативи ЄС активно підтримують МОЗ та пілотні області в рекомендаціях щодо запровадження СУЯ. З новими автономними організаціями та моделями постачальників послуг пов'язана потреба в нових практичних навиках управління процесом надання медичних послуг та покращених інформаційних технологіях. На обидва такі аспекти проект звертає увагу, як на національному, так і на місцевому рівні.





# 1 Вторинна медицина в європейських країнах

## 1.1 Приклади розробки системи ВМД в ЄС

На прикладі різних систем, Англії<sup>4</sup>, Франції та Німеччини, можна побачити традиційно відмінні характеристики в їх системах охорони здоров'я, і зокрема у ВМД секторі. Так, в Англії існує національна система, яка базується на податках та надає послуги через структуру трастів; в Франції діє система соціального страхування, яка постала на порівняно більш централізованій системі; а Німеччина базується на страховій системі з залученням кількох асоціацій та системи подвійного фінансування для лікарень. Не зважаючи на це, нещодавні реформи лікарняного сектору показують наступні загальні тенденції:

- Просування автономії постачальника послуг
- Просування регіональної участі в плануванні лікарні
- Інтеграція приватного сектору в сферу надання послуг
- Впровадження фінансових механізмів спрямованих на використання потенціалів ефективності в управлінні лікарнею

Через різні системи національного законодавства та традиційні структури охорони здоров'я регулювання лікарняного сектору для різних країн відрізняється. Спільним для даних трьох членів ЄС є той факт, що національні законодавчі акти надають нормативну базу, яка визначає загальні передумови для фінансування, планування та надання медичних послуг, в той час як контракти визначають певні умови для кожного постачальника.

В більшості країн ЄС немає визначеного переліку послуг, які надаються колективним фінансуванням (наприклад, Великобританія, Швеція, Португалія, Італія, північноєвропейські країни). В таких країнах, як Німеччина та Нідерланди, де є визначений пакет, існує перелік послуг. В деяких країнах ЄС пацієнти можуть самостійно обирати постачальників, проте в той же час загальним явищем є примусове направлення з первинної до високоспеціалізованої ланки.

Технологічний прогрес в поєднанні з підвищеною клінічною та управлінською ефективністю знижують час потрібний для стаціонарних послуг та розширюють можливості надання таких послуг в амбулаторних умовах, що раніше було можливим виключно на стаціонарному рівні. Потреба в госпіталізації все більше «фільтрується» (сімейні лікарі працюють в якості своєрідних «шлюзів», обов'язкових направлень, вказівників для хірургічних операцій, сторонніх думок). Це означає, що стан пацієнтів, які лишаються в спеціалізованих лікарнях загального профілю, зазвичай є гіршим та вимагає більше ресурсів і грошей, навіть якщо тривалість їх перебування в лікарні значно коротша, ніж раніше. Дана тенденція призводить до зміни акценту на певні послуги в лікарнях. Лікарні в ЄС повинні концентруватись на складніших медичних проблемах, технологічних проривах в хірургії та інтенсивній терапії, а також справлятися з новими умовами, особливо тими, які стосуються появи нових інфекційних хвороб, що мають опір до ліків (наприклад, резистентний туберкульоз та метицилін-резистентний стафілокок) або ж складних захворюваннях імунної системи, лікуванні ускладнень хвороб, пов'язаних зі способом життя.

Демографічні зміни в Європі зі схильністю до старіння населення (що надзвичайно помітно в Україні) створюють парадоксальне (і невідповідне) підвищення попиту на лікарні, через підвищений попит на спеціалізовані послуги та послуги лікування хронічних хвороб (в багатьох випадках – це спеціалізована реабілітаційна допомога, сестринська

<sup>4</sup> Англія – це одна з чотирьох країн в складі Великобританії, а інші – Шотландія, Уельс та Північна Ірландія, сама ж Національна служба охорони здоров'я організована та працює в цих країнах дещо по-різному

допомога та хоспіси). Проблеми поширюються, так як сфера соціальних послуг неспроможна задовольнити всі потреби, а в деяких східноєвропейських країнах від ВМД лікарень захворювань широкого профілю навіть очікують виконання всіх вимог щодо надання соціальних послуг. З часом таке явище стає все більш неприйнятним і свідчить про необхідність існування чіткого розподілу між короткотривалим спеціалізованим/ неспеціалізованим невідкладним і тривалим хронічним лікуванням, а також розробки відповідних умов для постачальника послуг.

Щоб опанувати витрати на систему охорони здоров'я, різні європейські країни намагались винайти нові способи оплати за медичні та лікарняні послуги. Не зважаючи на це, практично всі наслідують принцип державного фінансування системи охорони здоров'я. Спираючись на докази, можна сказати, що в якості системного підходу приватна медицина є менш ефективною.<sup>5</sup> Далі наведено короткий огляд систем в Англії, Франції та Німеччині:

### **1.1.1 Англія**

Національна служба охорони здоров'я Англії керується урядом Великобританії через Департамент охорони здоров'я. Акт щодо Національної служби охорони здоров'я виданий в 1949 запровадив в Англії Національну службу охорони здоров'я. Акт щодо Національної служби охорони здоров'я виданий в 1977 консолідував законодавство від 1949 та перелічив широкі категорії послуг, які мали надаватись включно з ВМД. Однак уряд через Міністра охорони здоров'я зобов'язаний лише надавати послуги «до міри, яку він вважає необхідною для виконання всіх допустимих вимог» (1977 Акт щодо Державної служби охорони здоров'я, розділ 49). Поняття «допустимих вимог» визначається в таких незобов'язуючих документах, як національні стандарти втілені в рекомендаціях Національних структур сфери послуг (NSF) та інституту NICE (Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності).

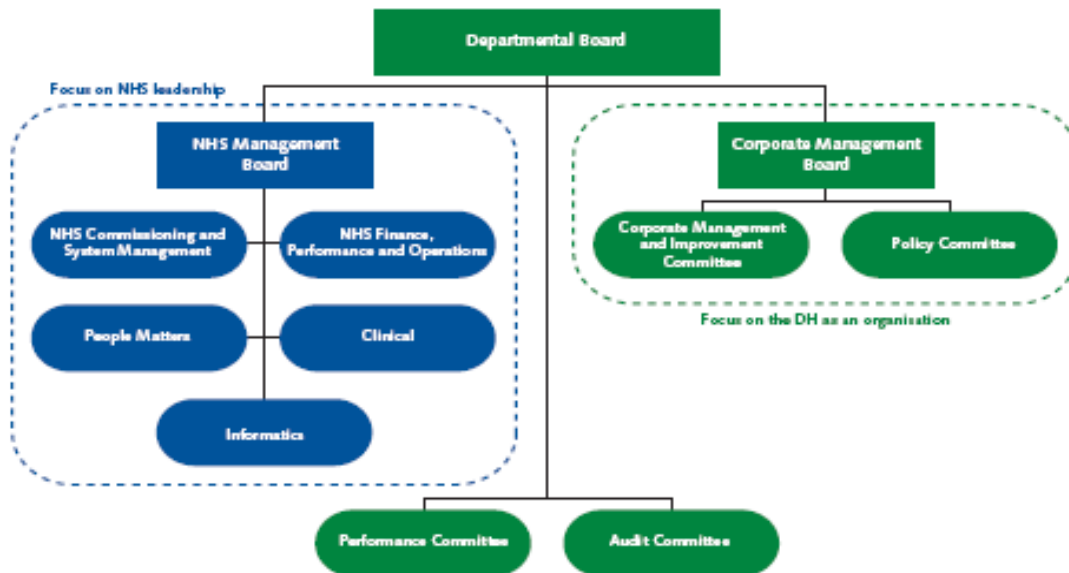
Більш щодо Медичної та соціальної допомоги було представлено в парламенті 15.11.2007. Він містить комплексні заходи спрямовані на модернізацію та інтеграцію медичної та соціальної допомоги.

В Департаменті охорони здоров'я є центральна Рада правління, яка несе відповідальність за загальний стратегічний напрямок; вона контролює Керівну раду, яка в свою чергу наглядає за Національною службою охорони здоров'я, а також Корпоративну раду, яка наглядає за корпоративною роботою самого Департаменту<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Oliver A. Inconsistent objectives-reflections on some selective health care policy developments in Europe. Health Economics Policy Law 2007;2:93-106

<sup>6</sup> NICE – це незалежний національний орган, який надає дорадчу і рекомендаційну допомогу Національній службі охорони здоров'я по медичним технологіям, клінічній практиці та стану здоров'я населення в Англії



Департамент охорони здоров'я не надає жодних медичних чи соціальних послуг населенню безпосередньо, натомість він може займатись такою діяльністю, працюючи з кількома партнерами-постачальниками, особливо в системі охорони здоров'я та соціальної допомоги, яка включає Національну службу охорони здоров'я, місцевий уряд та інші задіяні, проте «незалежні» органи. Практично все фінансування Національної служби охорони здоров'я розподіляється безпосередньо Департаментом охорони здоров'я по Трастам первинної медичної допомоги.

Департамент охорони здоров'я контролює 10 Стратегічних служб охорони здоров'я, які контролюють діяльність Національну службу охорони здоров'я та розробляють плани вдосконалення медичних послуг в своїй локальній зоні, зважаючи на загальний план Національної служби охорони здоров'я. В межах кожної такої стратегічної служби різні типи трастів керують різними послугами, які будуть надаватись.

Лікарні керуються Госпітальними трастами Національної служби охорони здоров'я (також відомі, як трасти невідкладної медичної допомоги), які виносять рішення щодо стратегії розробки послуг націлених на покращення якості та ефективності. Вони наймають значну частину кадрів, включно з медичними та немедичними працівниками. Окрім регіональних трастів існують також національні центри спеціалізованої допомоги. Фондові трасти керуються локальними менеджерами, персоналом та представниками місцевої громади. Їм надається більше фінансової та робочої свободи, ніж іншим трастам Національної служби охорони здоров'я, і вони є активними учасниками урядових спроб проведення децентралізації.

На додачу до цього, збільшення кількості альтернатив серед постачальників медичних послуг ставить за мету встановлення стимулів для лікарень надавати якісніші послуги, а розробка практики фіксованої комісії (PBC) прагне встановити стимули для лікарів загальної практики, які повинні знизити кількість непотрібних направлень до лікарень. З PBC сімейні практики отримують контроль над комісуванням (тобто, придбанням) послуг лікарняної допомоги та місцевого медичного обслуговування для свого населення. Відповідно до Звіту національної аудиторської комісії за 2007 рік, PBC система починає підвищувати рівень ефективності та не-лікарняної допомоги, а також знижувати кількість направлень до лікарень, яких можна уникнути.

Постачальники Національної служби охорони здоров'я, включно з лікарнями, фінансуються відповідно до схеми, визначеної як Оплата за результатами (PbR), на основі типу та об'єму роботи, яку вони виконують. Дана схема замінила собою попередні блочні контракти, відповідно до яких лікарні отримували фіксовану щорічну суму для

ведення завчасно визначеного рівня активності<sup>7</sup>. Від блочних контрактів вирішили відмовитись через те, що хоч вони і дозволяли чітко контролювати витрати, в той же час надавали постачальникам менше стимулів для підвищення рівня діяльності зазначеного в контрактах. Схема PbR запровадила національні тарифи, що визначали фіксовану ціну, яку слід було платити за лікарняні послуги, надані кожному конкретному пацієнту; Клініко-статистичні групи (HRG) описують оперативні втручання подібно до Груп схожого діагнозу (DRG).

В жовтні 2000р. Міністр охорони здоров'я підписав конкордат з Незалежної асоціацією з охорони здоров'я, який визначав параметри нового підходу Державно-приватного партнерства (ДПП) між Національною службою охорони здоров'я та постачальниками з приватного сектору ОЗ. Це так званий «Третій шлях» між контрольно-адміністративною системою та системою приватного ринку, хоча нещодавно з'явилися сумніви стосовно гарантування рівного доступу до послуг, якщо приватні інвестори націлені на прибуткові результати. Даний підхід включав в себе основні контракти Національної служби охорони здоров'я з приватними лікарнями, включно з франшизою лікарень служби керівним відділам приватного сектору. За умовами ПФІ приватні підрядники фінансують побудову лікарні, а потім здають відбудовану споруду в оренду державному сектору. Таким чином, уряд делегує ризик, пов'язаний з інвестиційним плануванням підряднику, а той в свою чергу отримує «ренту» на додачу до залишків бюджету початково виділеного на процес проектування та побудови. Приватна фінансова ініціатива (ПФІ), як форма ДПП, все ще відіграє важливу роль в фінансуванні капіталовкладень в лікарняний сектор.

### **1.1.2 Франція<sup>8</sup>**

Французька система охорони здоров'я загалом фінансується роботодавцями та робітниками через соціальні внески. Загальні витрати на охорону здоров'я в 2005 складали 11.4% від ВВП. За останні кілька років французький уряд запровадив лікарняну реформу, метою якої була децентралізація та надання більшої автономії постачальникам послуг сфери ОЗ. В 2003 закон щодо щорічного фінансування соціальної безпеки (Loi 2003/ 1199 від 18.12.2003) інтегрував врахування виплат за процесом в бюджет. Раніше державні та більшість приватних некомерційних лікарень фінансувались через глобальні бюджети, що базувались на історичній вартості. В 2005 було прийнято декрет (Декрет 2005/406 від 02/05/2005) спрямований на реформування лікарняного управління. Рада директорів, яка складається з представників місцевих та регіональних органів влади, представників працівників та певних кваліфікованих професіоналів, тепер несе відповідальність за стратегічне управління, оцінку та нагляд. Лікарні можуть організовувати окремі відділення з адміністративною автономією, які потім наймаються управлінням лікарні.

Однак до 2006 року загальне лікарняне планування все ще характеризувалось централізованим та регулятивним процесом. Лікарняні мапи (санітарні схеми)<sup>9</sup>, які окреслювали цільові можливості по географічній зоні та регіональним стратегічним планам охорони здоров'я (Schéma régional d'organisation sanitaire, SROS)<sup>10</sup> були основними нормативними інструментами для проведення планування строком на 5 років.

Французький план реформування лікарень «Hôpital 2007» потім було націлено на покращення загальної ефективності та управління лікарняним сектором, включно з

<sup>7</sup> Oliver A. Inconsistent objectives-reflections on some selective health care policy developments in Europe. Health Economics Policy Law 2007;2:93-106

<sup>8</sup> Zeynep Or. "Hospital 2007". Health Policy Monitor, 10/04/2007, Véronique, Lucas-Gabrielli and Coldefy Magali. "Regional healthcare planning". Health Policy Monitor, October 2007

<sup>9</sup> Лікарняну мапу було запроваджено протягом 1970х задля винесення рішення щодо типу та об'ємів важкого медичного обладнання в кожному регіоні. Вона ділила країну на 256 секторів охорони здоров'я. Такі національні стандарти, як відношення ліжкового фонду до кількості населення та медичного обладнання до кількості населення, використовувались для підрахунку та арбітражу медичних ресурсів між регіонами.

<sup>10</sup> SROS плани було запроваджено в 1991р. для покращення географічної рівності надання лікарняних послуг. Спершу, такі плани ставили за мету забезпечення географічної справедливості в доступі до контрольних витрат охорони здоров'я на регіональному рівні. Поступово вони перейшли до просування запобіжної та паліативної, а також терапевтичної допомоги. Лікарняне планування за квотами було ліквідоване в 2003р.

заходами для реформування фінансування, планування, роботи та контролю за лікарнями. Даний план включав суміш урядових субсидій та фінансування закладів із самостійною відповідальністю. З прийняттям нового декрету щодо SROS, такі плани було переорієнтовано на потреби місцевого рівня та просування інтегрованого підходу до охорони здоров'я, який би координував превентивну, невідкладну та реабілітаційну допомогу. Відповідальність за планування державних та приватних лікарень була децентралізована до рівня регіональних лікарняних агентств, які тепер несли відповідальність не лише за надання невідкладної допомоги, але і організацію та координацію превентивної, реабілітаційної і тривалої допомоги. Відповідно SROS плани мають готуватись в співпраці з медичними професіоналами, лікарняними федераціями, амбулаторними учасниками процесу та обраними представниками. Ефективність схильна до посилення через спрощення та злиття інструментів планування, що закріплює роль регіональних агентств ОЗ в контролі місцевих лікарень. Нові SROS плани точно визначають заходи для кожної території охорони здоров'я, які слід провести за наступні п'ять років задля виконання певних локальних задач. Регіональні агентства ОЗ відповідно укладають контракти з лікарнями, визначаючи певні задачі медичних послуг. В рамках SROS плануів було проведено наступні визначні зміни:

- «Санітарна схема», як центральний інструмент для планування, що використовувався для контролю, окрім всього іншого, ліжкового фонду та медичного обладнання призначених для кожної лікарні, була ліквідована.
- Визначено нові «території охорони здоров'я», приймаючи до уваги локальні медичні потреби визначені даними щодо смертності та захворюваності, соціально-економічними характеристиками та існуючими медичними ресурсами, включно з лікарняним та амбулаторним сектором.
- Розробляються «медичні плани» для кожної території, які визначають локальні задачі охорони здоров'я та певні медичні послуги, які слід вдосконалити задля виконання таких задач, включно з певними типами допомоги та просуванням співпраці між лікарнями та медичними професіоналами.
- Окремі лікарні мають укласти контракти з регіональними лікарняними агентствами задля опису рівня та типу діяльності, яка буде проводитись наступні п'ять років паралельно з потребами місцевого населення. Лікарні мають декларувати та вести переговори щодо кількісних задач для своїх рівнів діяльності (за типом).

Реформи запроваджені в 2004р. намагаються регулювати доступ до спеціалізованої допомоги, а кожний пацієнт тепер має обирати «шлюзового» сімейного лікаря (*médecin traitant*).

### **1.1.3 Німеччина**

В Німеччині існує так звана подвійна система фінансування лікарень, де фонди по захворюваності беруть на себе поточні витрати, а землі (*Laender*) – інвестиційні вклади закладів. У відповідності до Закону щодо фінансування лікарень, *Krankenhausfinanzierungsgesetz* (KHG), а також відповідних земельних ОЗ законів, кожна така адміністративна одиниця впроваджує лікарняний (госпітальний) план з метою забезпечення орієнтованих на потреби послуг, а також ефективних та економічно незалежних працюючих лікарень. Планування просуватиме різні форми власності та включає всі її типи: неурядова некомерційна, приватна комерційна та приватна некомерційна форма лікарень. Дані плани розробляються в співробітництві з земельними комітетами та державними асоціаціями фондів по захворюваності, а також організаціями власників лікарень; вони також визначають місця розташування та потреби в розробці. Якщо лікарня охоплює своїми послугами сусідні землі, планування слід координувати між ними належним чином. Для забезпечення планування орієнтованого на потреби поза рамками терапевтичної допомоги, держави мають вносити до даного процесу вимоги щодо сестринських послуг, дозволяючи лікарням перепрофілювати відділення для надання тривалої допомоги, реабілітаційних чи амбулаторних послуг.

Лікарні включені в госпітальний план стають акредитованими постачальниками та у відповідності до Закону щодо фінансування лікарень (KHG) мають право на державне фінансування по інвестиційним витратам паралельно з програмою державного фінансування та інвестицій.<sup>11</sup> Можливі також рішення, які стосуються лише часткового інвестиційного фінансування лікарень. Тоді як сам госпітальний план не несе зобов'язань, рішення відповідного земельного органу влади прийняте на основі такого плану, має таку властивість. Існують засоби правового захисту від включення чи виключення того чи іншого рішення в/з плану. Однак прями вимоги включати в нього не дозволяється.

До 1992 року німецькі лікарні мали право на компенсацію підрахованих витрат за надання послуг та роботу закладів з фонду захворюваності, якщо лише вони проводились рентабельним чином. Потім дане право було підмінено Законом про структуру охорони здоров'я (Gesundheitsstrukturgesetz), система виплат якого складалась з суміші виплат на стандартний випадок, додаткових зборів, денні та особливі випадки. Закон про фінансування кожного конкретного випадку (Fallpauschalengesetz) в 2003 році впровадив систему DRG (Групи схожого діагнозу).

## 1.2 Послуги ВМД

Прогресуюча медична технологія пропонує більше можливостей та менше інвазивних процедур. Серед таких нових типів послуг особливою ваги в ЄС сьогодні набувають наступні тенденції:

- Базова амбулаторна хірургія
- Послуги денного стаціонару для проведення діагностичних тестів, а також медичного втручання (онкологія, реабілітація, психіатрія)
- «Медичні послуги на дому» за місцем проживання

Наукові та технологічні досягнення з прогресом стандартів життя, освітніми та економічними вдосконаленнями надають в багатьох таких випадках, які раніше потребували тривалих стаціонарних послуг, можливість проводити лікування виключно на амбулаторних засадах, або ж значно скорочуючи строк перебування в лікарні чи поєднуючи обидва такі фактори. Всі ці нові види послуг також значно нижчої вартості, ніж стаціонарне лікування, і це звичайно може ефективно вплинути на ефективність та якість лікарняного лікування загалом. Біомедичні та біоінженерні дослідження вважаються багатообіцяючими для вдосконалення сфери охорони здоров'я в майбутньому, з потенційним радикальним впливом на лікарняні послуги і зокрема – методи хірургії.

Найважливішим ефектом технічного вдосконалення ВМД буде не стільки винахід нових медичних технік, скільки ефективніше використання вже існуючих методів.

## 1.3 Постачальники послуг ВМД

Існує широкий спектр альтернатив для конфігурації постачальників послуг ВМД, так як окремої ідеальної моделі надання таких послуг не існує. Однак в ЄС також присутні певні тенденції, які можна узагальнити наступним чином:

- Зменшення кількості ліжкового фонду
- Скорочення тривалості перебування в лікарнях невідкладної допомоги
- Використання зовнішніх постачальників неклінічних послуг
- Зменшення кількості госпітальних центрів та оперативних відділень
- Концентрація високотехнологічної діяльності в великих лікарняних центрах та перехід до низько технологічних лікарень і центрів охорони здоров'я.
- Передача більшої кількості обов'язків від лікарів до медсестер

---

<sup>11</sup> Щодо системи подвійного фінансування вже багато років точиться багато суперечок, в яких її критики вказують на той факт, що розділення призводить до відсутності координації та ефективності фінансування лікарняних секторів.

- Нові форми госпіталізації
- Якнайкоротша госпіталізація (наприклад, хірургія одного дня)
- Госпітальні мережі для координованої допомоги
- Гуртожитки / «готелі» для пацієнтів
- Заклади паліативної допомоги чи хоспіси

Такі тенденції в європейській спільноті, медичні технології, а також системи охорони здоров'я кинули виклик існуючим лікарняним структурам та системам послуг. Лікарні загального профілю переходять від стаціонарної до діагностичної та амбулаторної допомоги за підтримки розширеного використання медичної та інформаційної технології.

Деякі лікарні перетворюються на великі та комплексні центри, які наймають тисячі працівників з новими системами управління. Їх бюджети величезні, вони постійно зростають, і звичайні фінансові органи просто не в змозі дозволити собі дещо подібне. Складнощі, з якими стикаються великі організації сфери обслуговування, відповідають очікуванням користувачів, які прагнуть розробки альтернатив сфери охорони здоров'я, які були б ближчими до пересічного громадянина та його оточення. Внаслідок цього відбувається перехід лікарень до моделей ОЗ, які базуються більше на амбулаторному, домашньому та короткотривалому способі надання послуг. Такий розвиток відкриває такі інноваційні можливості, як наприклад, створення функціональних госпітальних мереж з автономною системою управління (наприклад, госпітальні трасти в Великобританії).

Тенденція у формі власності державних лікарень в багатьох країнах ЄС зараз схиляється до регіональних та місцевих органів. Державні лікарні в ЄС мають автономний статус, мають доступ до ринку капіталу та можуть виносити інвестиційні рішення без схвалення уряду. В даних умовах спроможність лікарень до економічного управління стала важливішою, і потрібно розвивати відповідні навички персоналу. Сьогодні для успішної роботи в лікарнях було встановлено наступне: рекомендації щодо передової практики, доказової медицини, акредитації, сертифікації (атестації), управління ризиками, комунікативної політики та загального управління якістю, що включає вірне управління даними, порівняльні дослідження та клінічний аудит.

### **1.3.1. Типи**

ВМД може надаватись різними конфігураціями послуг в лікарнях, і в Європі немає жодної привілейованої конфігурації. Існують також різні способи категоризації ВМД установ, і лікарень зокрема. Наприклад, система рахунків охорони здоров'я OECD розрізняє лікарні загального профілю, психіатричні лікарні, наркологічні лікарні та інші спеціалізовані лікарні.

Лікарні можна класифікувати за географічним принципом, тобто, на національні, регіональні та місцеві лікарні. Зовні такі лікарні дуже схожі, проте природа надаваних ними послуг кардинально відрізняється.

Старі відділення припиняють своє існування, з'являються нові, які базуються на інших вимірах. Такі виміри включають структурні схеми (наприклад, форма власності та фінансування), функції (наприклад, типи допомоги для пацієнтів), цілі (наприклад, розширення доступу чи максимізація прибутків), а також виміри ефективності роботи (наприклад, рівень задоволення пацієнтів чи низький рівень хірургічних ускладнень). Різні питання потребують різних способів класифікації лікарень.

Розрізнити лікарні за рівнями надаваних послуг, як лікарні загального профілю чи спеціалізовані лікарні, в високорозвинених країнах стало надзвичайно складно, так як межі між вторинною та високоспеціалізованою медичною допомогою (які охоплюють національні чи регіональні заклади, що можуть бути пов'язані з університетами) стали надзвичайно розмитими<sup>12</sup>. Це не складає проблем, якщо фінансові потоки належним чином визначаються в процесі укладання договорів.

<sup>12</sup> Hospitals in a Changing Europe, p.72

Підвищення рівня суб-спеціальностей означає, що зараз неможливо вказати єдиний розмір групи населення, який підтримує єдину модель «високоспеціалізованої» лікарні. В залежності від превалювання тих чи інших випадків серед населення спеціалізація лікарні буде спиратись на різні розміри районів, які нею обслуговуються. Так наприклад, відділенню нейрохірургії може знадобитись більший розмір такої зони, ніж відділенню боротьби з раковими захворюваннями. Спеціалізовані лікарні все частіше починають вводити внутрішню спеціалізацію між собою, в залежності від попиту на ті чи інші послуги. Наприклад, в країні може бути десять «високоспеціалізованих» лікарень, які пропонують хірургію серця для дорослих і лише одна – для дітей, або ж кілька лікарень можуть проводити трансплантацію нирок, і лише кілька з них можуть займатись пересадками печінки.

Традиційне розрізнення базових та неклінічних лікарень стає все менш чітким. Для медичних професіоналів розширюються можливості підвищення кваліфікації, і таке явище є бажаним з багатьох причин. Модель медичної освіти базованої на високоспеціалізованій лікарні, яка концентрує свою увагу на зрізі населення з дуже серйозними чи незвичайними випадками захворювань, є поганою підготовкою для більшості медичних студентів, які загалом працюють в первинній медицині. Тренування, що проводиться в високо спеціалізованих умовах на атипових пацієнтах та з використанням високотехнологічного обладнання, мало стосується рутинної клінічної практики<sup>13</sup>. Нарешті, така політика може призвести до маргіналізації персоналу, який працює в неклінічних лікарнях, що матиме певний вплив на продовження ними професійних стандартів. Сьогодні в Європі студенти-медики проводять час за клінічним тренуванням в лікарнях загального профілю, а також загальною практикою під керівництвом кафедр медичних університетів.

### **1.3.2 Форма власності**

Тенденція щодо форми власності в державних лікарнях, які раніше знаходились у власності державних чи місцевих органів влади, в країнах ЄС починає рухатись в бік регіональних чи місцевих органів (як госпітальні трасти, регіональні госпітальні трасти, окружні ради (ради графств)), що відображає схожий розвиток з об'єднанням послуг в приватних лікарнях. За виключенням великих міських територій такі нові госпітальні консорціуми за самою своєю природою є географічними монополіями. Пересічний замовник послуг (клієнт) може мати в розпорядженні єдиного постачальника, який урівнює права протягом переговорів, проте це може підвищити рівень конкуренції між лікарнями.

Відносна рівновага між державними, некомерційними та приватними лікарняними послугами очевидно зміщується. Еволюція медичних та інформаційних технологій створює можливості для децентралізації. Телемедицина стала складовою частиною повсякденних реалій. Однак все одно існує напруга між можливістю децентралізації (а значить і покращенням доступу до якісної медицини) та пошуком кращої рентабельності зі схильністю до централізації (наприклад, «центри підвищення кваліфікації» для певних спеціальностей).

Більше 70% лікарень в Європі знаходяться у власності держави. Навіть деякі приватні лікарні практично повністю субсидуються центральним урядом (Нідерланди). Загалом в усіх країнах Північної Європи місцевий уряд являється власником та фінансує лікарні. Проте в них залишається право на обкладання податками. В інших країнах-членах ЄС лікарні фінансує центральна влада чи система страхування ОЗ, але така пропорція є різною. Найнижчий рівень урядового фінансування, близько 5%, існує в Нідерландах, а найвищий, близько 100%, в Великобританії.

Все частіше державні лікарні в ЄС отримують статус некомерційних організацій (або ж у випадку з окремими лікарнями – комерційних). Це означає, що вони можуть стати учасниками ринку капіталу та приймати інвестиційні рішення без ствердної відповіді уряду. Таким чином, в деяких країнах ЄС, наприклад, в Португалії, Нідерландах та Бельгії, лікарні можуть залишати за собою додатковий чи звичайний прибуток в повному чи частковому обсязі, якщо такий є, для майбутнього використання чи постійних або ж

<sup>13</sup> Britton et al 1999

інвестиційних витрат. Зазвичай, прибуток/надлишковий прибуток ділиться між «власниками» і самою лікарнею у відповідності до постанов та умов статуту лікарні.

Нещодавні дослідження в Великобританії<sup>14</sup> (IPPR, липень 2008р.) показали, що державне фінансування медичних послуг (незалежно від методів розподілу бюджету чи розвитку) загалом є більш рентабельним для країни та пропонує вищий рівень справедливості надання послуг для населення, ніж послуги, які фінансуються з приватних джерел. І хоча приватні витрати все ще відіграють важливу роль, вони жодним ефективним чином не сприяють розширенню ресурсів для системи охорони здоров'я.

### **1.3.3 Організація**

У випадку з лікарняними неклінічними послугами існує тенденція схильна до «аутсорсингу» (сторонніх ресурсів) та організації мереж. Це означає, що багато діагностичних послуг надається суспільними діагностичними центрами всім лікарням та закладам ПМД в регіоні. Схожі державні (чи приватні) установи існують для додаткових послуг (прання, інформаційні технології, харчові послуги, тощо).

Спеціалізовані лікарні невідкладної допомоги загального профілю загалом концентрують свою увагу виключно на стабілізації життєво важливих функцій організму пацієнтів, які до них надходять, а також на наданні певних видів лікування та знеболювання. Термінальні пацієнти лікуються в спеціалізованих центрах за межами лікарні, а довготривалі – в хронічних палатах, які мають зв'язок з центрами первинної допомоги. Надалі, з переміщенням хронічної та тривалої термінальної допомоги з сектору невідкладної допомоги, значно інтенсифікується рівень реальної допомоги, яка надається в багатьох вторинних та спеціалізованих закладах, а також значно підвищується рівень попиту на висококваліфікований персонал та ресурси для експлуатації сектору невідкладної допомоги.

Нова медична наука та технологія привели до значних скорочень тривалості перебування в центрах невідкладної допомоги, і навіть у направленнях до лікарні, а значить і в розмірах потрібного ліжкового фонду (зниження на 30-40%). Таким чином, залишок ліжкового фонду використовується інтенсивніше, обслуговуючи набагато більше пацієнтів старшого віку, покладаючись на дороге обладнання, персонал та ліки. Проте значний тиск здійснюється задля забезпечення ефективності та рентабельності щодо зниження витрат на відділення (оплата по кожному конкретному випадку). Надалі традиційне фінансування лікарень невідкладної допомоги, яке базувалось на історично планових бюджетах чи кількості днів проведених в лікарняному ліжку, стане неадекватним.

Деякі лікарні було реструктуризовано у відповідності до потреб тривалих хронічних пацієнтів, і вони надають не невідкладну допомогу, а лише послуги первинної допомоги під управлінням сімейних лікарів. Загалом сьогодні більше уваги приділяється первинній медичній допомозі, як частині та елементу спеціалізованої лікарняної допомоги.

Кількість різних спеціальностей потрібних в лікарнях може зростати, але якщо такий заклад фізично неспроможний збільшити кількість відділень, це може призвести до розробки розширеного діапазону вузьких клінічних спеціальностей чи організації службових домовленостей між незалежними організаціями та спеціалістами, які концентрують свою увагу на одній медичній сфері. Прикладами таких центрів слугують серцеві лабораторії, ракові чи травматологічні центри, де процеси лікування проходять повторну спеціалізацію та модернізацію у відповідності до сучасних медичних стандартів.

Щоб йти в ногу з прогресом, для лікарень важливо мати стратегію на майбутнє та спільне бачення своєї місії для лікарського, середнього медичного та адміністративного персоналу. Базові зміни полягають в перетворенні лікарні централізованої навколо «ліжкового фонду» на частину більшої мережі в сфері охорони здоров'я.

---

<sup>14</sup> IPPR Report 2008: Private Spending on Healthcare

### **1.3.4 Управління**

Спеціалізованим лікарням потрібне доступне технічне обладнання та персонал з високим рівнем мотивації і кваліфікації, в якого була б можливість для постійного розвитку. Лікарням також все частіше потрібні управлінці здатні прогнозувати та впроваджувати зміни, чітко розуміючи потреби населення та реагуючи на них. Це повинно базуватись на дійсних соціально-економічних, а саме епідеміологічних даних, підкріплених достовірними інформаційними та комунікаційними системами. Сьогодні управління лікарнею більше нагадує аналогічний процес для підприємства: наймається все більше управлінського персоналу менеджерів, принаймні в великих лікарнях. Підрозділи великих лікарень керують бюджетами власних відділень, а їх менеджери відповідають не тільки за медичну допомогу, але і за якість та економічну ефективність таких відділень.

В існуючій німецькій системі адміністративно територіальні одиниці (землі) несуть відповідальність за інвестиції до лікарень. Основні організаційні плани загалом знаходяться на національному чи регіональному рівні (регіональні стратегічні плани).

Системи охорони здоров'я залежать від асортименту додаткових послуг, які дозволяють їм ефективно виконувати свої безпосередні функції. В Англії Департамент охорони здоров'я надає значне фінансування різним автономним агентствам, які допомагають підтримувати та керувати системою ОЗ та соціальної допомоги. Такі допоміжні органи бувають різного розміру, проте зазвичай в них є рада правління, вони наймають персонал та ведуть звітність. Вони підзвітні Департаменту охорони здоров'я, а іноді і безпосередньо Парламенту Англії та працюють в трьох ключових сферах:

- регулювання системи охорони здоров'я, соціальної допомоги і кадрів
- встановлення національних стандартів та захист пацієнтів і громадськості
- забезпечення центральних (включно з адміністративними) послуг Національної служби охорони здоров'я.

Такі агентства є важливим елементом інших систем охорони здоров'я по всьому світу.

## **1.4 Планування ВМД**

Суворі системи централізованого планування в ЄС реформуються, і загальна тенденція схильна до децентралізації лікарняних послуг та їх адміністрування, а також управління на регіональному рівні, в той час як існує нагальна потреба в переміщенні допомоги при певних типах хвороб з невеликих лікарень в більші установи. В деяких країнах ЄС приймаються політичні рішення щодо заборони проведення хірургічних операцій в маленьких лікарнях, залишаючи їх для тривалої допомоги та геріатрії, зменшуючи ліжковий фонд, а також закриваючи старі лікарні, які вже неможливо перепрофілювати чи відновити.

Фрагментарне надання соціальних та медичних послуг є визнаною проблемою в багатьох системах охорони здоров'я, яка стає на шляху ефективності, задоволення потреб пацієнтів, якості та доступності послуг. Все частіше політика уряду спрямована на охорону здоров'я ретельно розглядає дане питання, проте потреба в проясненні концепції та її впровадженні все одно лишається. В певних країнах інтеграція бюджетів соціальної та медичної допомоги знизилася рівень фрагментації.

### **1.4.1 Стратегії**

Існує кілька різних типів планування, за якими належить рухатись всім лікарням в ЄС. Вони охоплюють повний спектр установ та заходів в рамках відповідальності лікарні та включають такі пункти, як періодичний перегляд та повторне становлення бізнес-планів та тривалого стратегічного планування, рутинний бюджетний процес, розподіл кадрових ресурсів, а також розвиток, розробка послуг, технічне обслуговування та управління нерухомістю, взаємини з іншими постачальниками послуг, тощо.

Зараз в Європі існує точка зору, що кращої інтеграції медичних послуг можна досягти різними організаційними та інституційними заходами постачальників сфери охорони

здоров'я, хоча існує тенденція до організації мереж, а не ринків чи ієрархій. Ключ до інтеграції послуг знаходиться в використанні технологій, які стосуються обміну інформацією, і в майбутньому даний процес має прогресувати.

Таким чином, стратегії конфігурації послуг та системи охорони здоров'я можна розуміти в якості розподілу по континууму, де *автономія* знаходиться на одному кінці, а *інтеграція* – на іншому, в той час як *координація* залишається ближче до центру. Розподіл часто проводять за горизонтальною та вертикальною інтеграцією, де *горизонтальна інтеграція* стосується стратегій, які зв'язують схожі рівні допомоги (наприклад, подолання професійних та організаційних бар'єрів (між відділеннями); зв'язок між лікарнями, які надають схожі послуги), тоді як *вертикальній інтеграції* властиві стратегії, що пов'язують різні рівні допомоги (наприклад, зв'язок між первинним, вторинним та високоспеціалізованим рівнем).

Існують питання щодо ролі політиків в системі охорони здоров'я, відповіді на які повинні дати вони самі. Хоча більшість медичних послуг надається за межами лікарень, для більшості населення це стало символом системи охорони здоров'я. Потенціал системи ОЗ часто вимірюють кількістю лікарень чи розміром ліжкового фонду. Проте самі тільки ці міри не кажуть нам практично нічого. І все одно політика охорони здоров'я продовжує базуватись на міжнародних порівняннях, в яких жодної осмисленої компаративної бази і бути не може, якщо ігноруються всі інші фактори.

## **1.4.2 Розподіл послуг**

### **1.4.2.1 Екстрена допомога та термінова діагностика**

Лише незначна кількість пацієнтів відділень екстреної допомоги страждає від обширних травм (зазвичай для Європи <1%). Хоча відсотки відрізняються для різних країн, відбиваючи різницю в політиці щодо направлення пацієнтів, близько 65% відвідувачів звертаються лише з незначними хворобами та травмами. Пацієнти, які не мусять звертатись до лікарні, зазвичай роблять саме так, бо не відчувають повноти доступу до будь-яких інших альтернатив.

Однак добре розроблені альтернативні моделі допомоги справді існують, і вони можуть бути ефективнішими та більш прийнятними для пацієнтів. Такі моделі включають заходи по підвищенню рівня доступу до послуг ПМД в так звані «після-урочні години», а також автономні відділення по допомозі у випадках незначних травм, працювати в яких може медсестри середньої медичний персонал, а не лікарі. Так як це невеликі відділення, їх розміщення в межах країни може бути досить варійованим та доступнішим для пацієнтів. Використання віртуальних зв'язків з основними центрами та ротація персоналу між відділеннями може й надалі допомагати в розширенні діапазону послуг та підтримці високої якості допомоги, яка надається. Однак багато пацієнтів, які йдуть до типового відділення невідкладної допомоги роблять це тому, що так склалось історично, тому що саме там вони могли завжди отримати діагноз у випадку підозри на можливий критичний стан.

Чи не найважливішим посланням для плануючого персоналу лікарень є можливість для лікарні значною мірою контролювати робоче навантаження та систему охорони здоров'я в цілому. Використовуючи відповідні стимули та режими ефективного лікування, особливо для хронічних захворювань, можна значно підвищити ефективність лікарні, особливо в сфері екстреної та стаціонарної допомоги.

### **1.4.2.2 Стаціонарне лікування.**

В лікарняних палатах невідкладної допомоги часто знаходиться значна кількість пацієнтів, яким вже давно не допомагає таке медичне лікування та цілодобовий інтенсивний сестринський догляд. Такі пацієнти можуть отримати ефективнішу допомогу в інших умовах. В палатах терапії та ортопедичної хірургії вони можуть складати більше 50%. Модернізація процесів надання допомоги може дещо знизити такі показники, проте найбільші здобутки можна отримати від надання альтернативної допомоги в реабілітаційних ліжках, професійних сестринських центрах, протягом програм домашнього догляду та в санаторіях. Однак слід пам'ятати, що такі варіанти, хоча часто й можуть

підвищити якість життя пацієнта, рідко економлять кошти, якщо тільки лікарня не може розподілити фіксовані кошти пов'язані з незайнятими ліжками.

#### **1.4.2.3 Розвиток денної хірургії.**

Прогрес в сфері анестезії та хірургії, особливо в аспектах, що стосуються малоінвазивних процедур, означає, що багато операцій, які раніше потребували перебування в лікарні протягом кількох днів, можуть проводитись на амбулаторній основі, а багато операцій тепер можуть взагалі не проводитись на території лікарні. Власне, процедури, які проводились в деяких країнах безпосередньо в лікарнях, в інших країнах виконувались в кабінетах лікарів, що часто свідчило про різницю в системах фінансової мотивації.

#### **1.4.2.4 Акушерство**

Природа акушерства також змінюється. Підвищена «медикалізація» процесу народження дитини стала в багатьох країнах традицією, проте тепер їй кидають виклик, базуючись на доказах, що багато рутинних втручань є неефективними. В країнах, де домашні умови є задовільними, можна помітити значне скорочення часу, проведеного в лікарні після нормальних пологів (часто до 24 годин чи менше). Проте в той же час громадськість здійснює значний тиск за підтримки постійно зростаючих апетитів юристів, що призводить до бездоганних пологів позбавлених ризику та болю.

Ці сили штовхають акушерство в двох протилежних напрямках. Існує підтримка створення незалежних акушерських пологових центрів для пологів з незначним рівнем ризику. В той же час, базуючись на бажаннях матерів щодо «безболісних пологів» (перидуральна анестезія) та процедур захисту (медичні процедури розробляються з огляду на можливість протистояти судовим позовам) зростає кількість пологовоирішальних операцій, а також існує тиск щодо централізації подібних послуг, як це було проведено в інших спеціальностях.

#### **1.4.2.5 Діагностика**

В сфері діагностики скорочення видатків та мініатюризація також дозволяють децентралізувати діяльність, яка раніше концентрувалась в центральній лабораторії. Нові типи обладнання надають можливість тренувати персонал для проведення широкого спектру базових тестів без втручання двох чи трьох інших відділень. В сферах, які потребують професійного втручання, як наприклад, патологія, єдиний заклад може надавати послуги одразу кільком лікарням.

### **1.4.3. Аспекти планування**

#### **1.4.3.1 Персонал**

Змінна природа робочої сили – це певно найбільший виклик для багатьох систем охорони здоров'я. Спалах кількості «супер-спеціалістів», які обслуговують велику кількість населення, часто відбувається в тандемі з переходом до команд з багатьма спеціалістами та професіоналами. Такі розробки надають переваги пацієнтам з рідкісними хворобами, проте основу проблему в такому випадку становить підвищений об'єм робіт для лікарні загального профілю. Наприклад, в Великобританії хірургам грудей все частіше стає нелегко проводити загальну екстрену хірургію. Багато спектрів загальної медицини вимагає від спеціалістів обширних знань щодо великої кількості умов, так як в багатьох пацієнтів (особливо старшого віку) існує поєднання кількох з них. Ідея щодо лікаря загального профілю, який спеціалізується на діагностиці та лікуванні широкого спектру загальних випадків, все ще може повернутись.

Країнам, які прийняли Європейську директиву щодо обмеження робочих годин потрібно розробляти нові методи для пошуку персоналу на нічні зміни та вихідні, а також способи забезпечення доступу до високоякісної медичної консультації в будь-який час, не примушуючи при цьому лікарів працювати понаднормово. Разом зі змінами у відношенні до використання іншого кваліфікованого персоналу окрім лікарів, лікарням потрібно переоцінити професійні ролі, а саме шляхом розширення спектру діяльності сестринського персоналу. Загалом основна проблема кадрової політики для плануючого персоналу лікарні зараз полягає в знищенні традиційних бар'єрів між різними медичними

професіями.

#### **1.4.3.2 Враження пацієнтів**

Навіть в Сполучених Штатах з надзвичайно високим рівнем витрат на систему охорони здоров'я враження пацієнтів від перебування в лікарнях залишає бажати кращого. Слабка організація, погано розроблені робочі процеси, численні передачі обов'язків серед персоналу та погано організоване оточення – ось основні проблеми. Значна кількість доказів вказує на можливість поліпшення вражень пацієнтів та зменшення текучості кадрів шляхом хорошої організації оточення. Денне світло, зовнішній вигляд будівлі та інші аспекти дизайну оточення поліпшують враження пацієнтів та працівників (Rebuilding the NHS - A new generation of healthcare facilities', Dept Health, UK 2007).

#### **1.4.3.3 Конфігурація та дизайн інфраструктури**

Внутрішній дизайн та конфігурація лікарень в даний момент також переглядається в світлі нових напрямів розвитку сфери охорони здоров'я, так щоб загальна конструкція відображала процес лікування пацієнтів. Даний підхід може підвищити ефективність лікарні. Відділення лікарні часто структурувались у відповідності до традиційного розподілу між медичними, хірургічними спеціальностями та іншими відділеннями, а не потреб пацієнта. Дану структуру в нових будівлях лікарень намагаються змінити кількома шляхами.

- В локальному масштабі групування послуг за системами організму дозволяє працювати разом спеціалістам різного профілю, навичок та кваліфікації, проте зі спільною метою. Такий підхід зараз характерний для кардіології та серцевої хірургії. Це може означати, що такі централізовані послуги, як візуалізація, інвазивна радіологія та операційні втручання можуть надаватись в універсальних палатах в складі таких відділень.
- В ширшому масштабі послуги можуть групуватись за складністю випадку та потребами пацієнта протягом лікування, а не спеціалізацією, так що палати групуються за критичною, невідкладною, понижуючою (тобто, проміжний рівень допомоги, коли пацієнт отримує певні безстрокові медичні послуги чи проводяться певні управлінські заходи до повної виписки після госпіталізації у невідкладному випадку) та амбулаторною допомогою. Такий підхід було описано в якості градуїрованої моделі допомоги. На додачу повинно змінитись відношення операційних до кількості ліжок, збільшивши кількість перших та зменшивши час перебування в реабілітаційному ліжку після хірургічного втручання.

#### **1.4.3.4 Координація послуг**

На лікарні часто дивились, як на заклади відокремлені від систем, в яких вони знаходяться. Загалом, вони керуються окремо одна від одної. Насправді, така тенденція насаджується в багатьох країнах шляхом розробок, які мають підвищити рівень автономії лікарень. Така автономія має свої переваги, проте лікарні також слід розглядати в складі ширших мереж, з високим рівнем відповідальності перед іншими постачальниками медичних послуг. По-перше, їм потрібно тісно співпрацювати з закладами первинної допомоги та підтримувати їх в лікуванні хронічних хвороб. По-друге, їм потрібно все більше працювати спільно між собою. Так як окремим лікарням стає все важче пропонувати повний спектр послуг, їм потрібно об'єднувати зусилля, щоб скористатись спільним потенціалом.

В багатьох системах охорони здоров'я організаційні структури заважають інтеграції лікарняних та не-лікарняних послуг. Навіть в тих системах, де між постачальниками медичних послуг існує жорстка конкуренція, політикам слід знайти спосіб створити мотивацію та керівні структури для відповідної співпраці. Зараз поширюється тенденція щодо розробки групування кількох лікарень під єдиним керівництвом.

#### **1.4.3.5 Суспільна інтеграція**

Певно найважливішою формою інтеграції лікарень є інтеграція з громадами, які вони обслуговують. Існує нагальна потреба в переході від типової технократичної моделі

планування до більш витонченої дискусії з громадськістю та іншими зацікавленими сторонами щодо зміни обличчя лікарняного лікування. На шляху нових методів роботи ПМД в рамках нової моделі можуть виникати значні перепони, і їх також слід включати в дискусію. Певні країни в Європі експериментують з різними типами взаємних та некомерційних моделей для управління лікарнями. Із зростанням рівня захисту прав споживача та очікувань щодо ефективності їх роботи лікарні не можуть собі дозволити розлучення з громадами, які вони обслуговують.

## **1.5 Фінансування сфери охорони здоров'я і ВМД зокрема**

### **1.5.1 Джерела та розподіл фінансування**

В Європі існує дві основні моделі фінансування сфери охорони здоров'я. Перша з них – це модель (державного) обов'язкового страхування, а друга (теж державна) базується на податковій системі. Однак для обох можуть існувати певні додаткові положення. Наприклад, в обох системах можуть існувати варіювані рівні добровільних внесків. Приблизно половина країн «Старої Європи» використовують страхову модель фінансування. Це також характерно для центральної Європи та нових держав-членів ЄС, тоді як системи, які базуються на оподаткуванні, частіше за все можна знайти на кордонах (Італія, Іспанія, Португалія, Ірландія, Великобританія та країни Північної Європи).

Основна частка бюджету сфери охорони здоров'я припадає на лікарні: близько 50% в більшості країн ЄС та 70% в бувших республіках Радянського Союзу. ('Hospitals in a Changing Europe', European Observatory on Health Care Systems, WHO 2002). Не зважаючи на це, визначення, функції та професійна структура лікарні, а також включені статті видатків для всіх країн ЄС не є аналогічними, що ускладнює подачу значення такої різниці. Наприклад, лікарняні бюджети багатьох країн не завжди включають зарплати лікарів. Так в Німеччині послуги лікарів, які працюють, як вільні лікарі-практики та за контрактом законодавчого медичного страхування з дозволом проводити стаціонарне лікування (Belegärzte), оплачуються регіональною асоціацією лікарів законодавчого медичного страхування (Kassenärztliche Vereinigung)

Серед всіх закладів лікарні загального профілю є основними споживачами лікарняного фінансування в будь-якій країні. Однак в деяких державах заклади та послуги психіатричної допомоги потребують більшої частки лікарняних ресурсів, ніж в інших (наприклад, в Португалії та Великобританії). Це означає, що орієнтація між стаціонарною, амбулаторною та соціальною психіатричною допомогою в різних країнах ЄС відрізняється. Однак, продовжується процес розвитку соціальної медичної допомоги як альтернативи направленню до лікарні як в сфері психіатричної так й медичної допомоги взагалі (наприклад, догляд за літніми людьми, охорона материнства).

Коли функції замовника та постачальника розділено, державні чи приватні постачальники послуг отримують свої права на надання певних послуг під парасолькою такого органу, як наприклад, траст, або ж укладають контракт безпосередньо з фінансовими органами. Такий розподіл підвищує рівень автономії постачальника і дозволяє приймати більш незалежні рішення на рівні установи. Розподіл створює внутрішні квазі-ринки, що підвищує рівень конкуренції між постачальниками, заохочуючи таким чином певні сфери охорони здоров'я. Однак за висновками нещодавнього звіту IPPR, «приватні видатки грають залишкову роль в більшості міжнародних систем охорони здоров'я, і вони не можуть ефективно замінити собою державні».

Існує чотири джерела грошей для виплат постачальникам послуг:

- Виплати з власної кишені пацієнтів,
- Страхування за виплати з власної кишені (доплата),
- Виплати страховиків чи інших сторін договору на основі контрактів та виконаних робіт,
- Фінансування з урядового чи місцевого бюджету

Однак зазвичай в країнах ЄС існує система виплат постачальникам медичних послуг, яка суміщає в собі кілька таких моделей. Приватні внески – помірний розподіл витрат є загальною практикою для більшості країн ЄС (безпосередні виплати «з власної кишені» за додаткові добровільні медичні чи немедичні послуги, а також офіційні доплати у вигляді пайових внесків за регулярні лікарняні послуги, наприклад, в Німеччині – це 10 EUR в день за стаціонарне лікарняне лікування). Доплати все ще складають відносно незначну частку лікарняних прибутків, але загалом ця частка зростає. Найвищі цифри трапляються в Фінляндії (8-10% від прибутків лікарні), в той час як середній рівень складає 3 - 4%. Виплати пацієнтів все ще не приймаються державним сектором в Великобританії, Данії та Іспанії. Особисті безпосередні внески «з власної кишені» надаються за послуги в момент споживання, і швидше за все дана тенденція продовжиться. Вони роблять свій внесок в таку діяльність лікарень, як готельні послуги, фармацевтика та вартість обладнання, якщо не є частиною бюджету окремо взятої лікарні чи окремого контракту між лікарнею та організацією-замовником медичних послуг. Вони також поширені за межами лікарень в таких елементах, як аптеки, офтальмологія, стоматологія та фізіотерапія. Ризик може страхуватись (добровільно) а винятки можуть стосуватись, наприклад, літнього населення, дітей, хронічних хворих, вагітних жінок, безробітних та осіб, які отримують пільгову допомогу на підтримку/переваги соціальної безпеки через низький рівень прибутку. Проте країни, де практикуються виплати «з власної кишені», асоціюють з низькою ефективністю витрат на сферу охорони здоров'я, і такі заходи не дуже успішні в підвищенні ефективності. ('Education and Health in G7 Countries: Achieving Better Outcomes with Less Spending', IMF Working Paper 2007).

### **1.5.2 Фінансування послуг**

В тих країнах, де фінансування базується на податках, замовники та постачальники медичних послуг зазвичай відділені один від одного. Ціллю тут вважається впровадження ринку чи квазі-ринку в сферу охорони здоров'я задля обмеження зростання витрат лікарні, які все ще можуть поглинати більшу частину ресурсів охорони здоров'я в більшості країн ЄС.

В більшості країн ЄС існують бюджетні обмеження, а деякі бюджети лікарень всі ще базуються на історичних та ресурсних реаліях, а тому є жорсткими та наростаючими. Бюджети деяких країн ЄС складаються на основі розроблених бізнес/фінансових планів для певних задач потрібних для впровадження узгодженої стратегії (наприклад, Великобританія, Німеччина, Франція, Бельгія, Нідерланди), а тому прибуток лікарні в них залежить від її діяльності та тарифів. Мотивацією регулювання є бажання контролювати загальні державні витрати на систему ОЗ, а саме, на лікарняні послуги, що перетворює лікарняне фінансування на інструмент урядової фіскальної політики.

Все частіше державні чи приватні лікарні в ЄС укладають контракти з фінансовими органами, не зважаючи на те, чи базується система фінансування на податках, чи на страхових внесках. Розподіл «постачальник-замовник послуг» очевидний для «страхових» систем є загальним явищем і для країн, в яких основним джерелом прибутків лікарень є податкове фінансування. Однак все ще далеко не всі країни-члени використовують контрактні договори. Такий розподіл на сьогодні повноцінно присутній в восьми країнах, частково в двох і відсутній в чотирьох старих членах ЄС, проте діє для всіх нових країн-членів. Контрактування може проводитись, навіть якщо лікарні знаходяться у власності одного органу (уряд, місцевий орган влади), що є джерелом для періодичних та інвестиційних витрат. Ціллю в даному випадку є використання штучної ринкової ситуації для покращення ефективності.

Замість безпосередньо бюджетного чи паушального фінансування в більшості країн ЄС було запроваджено систему лікарняних компенсацій на основі конкретних випадків (Групи схожого діагнозу). В 19 країнах-членах (та в Швейцарії) використовуються різні визначення послуг та груп для визначення та фінансування надаваних лікарняних послуг. Проте рівень варіації для таких визначень є значним. Варіанти груп схожого діагнозу з США (HCFA – Адміністрація фінансування сфери охорони здоров'я, ЗМ) використовуються країнами Північної Європи, Португалією, Іспанією, Італією та Ірландією. Схожі системи на основі національного проектування використовуються в Великобританії

(наприклад, Групи схожого стану здоров'я), Австрії, Бельгії, Німеччині (G-DRG), Франції та Нідерландах.

В деяких країнах також розробляються групи за денними випадками лікарні та амбулаторними візитами. Однак такі визначення послуг стають все важливішими з підвищенням різних форм денної госпіталізації. Деякі члени ЄС все ще використовують такі традиційні інструменти виплат, як наприклад, середня вартість денного перебування в лікарняному ліжку, денний стаціонар та амбулаторний візит. Навіть у випадку фінансування на основі кількості денних візитів лікарні можуть отримати частку свого прибутку на основі прогнозованого бюджету.

Ще не всі країни розробили групи схожого діагнозу, а інші країни використовують їх, проте не для безпосередніх фінансових задач чи із значно обмеженими фінансовими функціями (наприклад, якщо пацієнт переводиться на лікування з одного регіону в інший). Подана нижче таблиця перелічує ті країни ЄС, в яких сьогодні використовуються групи схожого діагнозу. В Колонці 3 вказано перший рік їх використання в лікарнях з будь-якою метою (аналіз методом співставлення, формування бюджету та статистика), а в останній – коли вони вперше були використані для компенсації витрат лікарні (Таблиця 1.)

Країна	Споживачі	Початок використання	Фінансування лікарні
Австрія	Y	1997	1997
Бельгія	Y	1990	1994
Болгарія			
Чеська республіка			
Кіпр			
Данія	Y	1996	1996
Естонія	Y	2003	2003
Фінляндія	Y	1996	1997
Франція	Y	1989	2004
Німеччина	Y	2003	2003
Греція			
Угорщина	Y	2000	?
Ірландія	Y	1996	
Італія	Y	1995	1995
Латвія			
Литва			
Люксембург			
Польща	Y	2008	2008
Португалія	Y	1990	1990
Румунія	Y	2004	2006
Словенія	Y	?	?
Швеція	Y	1992	1992
Іспанія	Y	1992	1996
Швейцарія	Y	2002	2005
Нідерланди	Y	2004	2005
Великобританія			
• Англія	Y	1994	2003
• Уельс	Y	1994	N
• Шотландія			
• Північна Ірландія			

Таблиця 0-1: Використання груп схожого діагнозу в ЄС, 2006р

Зазвичай лише певна частина витрат лікарні фінансується системою груп схожого діагнозу, проте рівень варіативності в ЄС значний (від 80% до 20%). Як правило, для служб невідкладної допомоги, інвестицій, навчання та дослідження існують окремі

бюджети.

### **1.5.3 Фінансування інвестицій**

Значні інвестиції зазвичай проводяться чи принаймні регулюються державою чи регіональними органами влади в більшості країн ЄС. Урядові інвестиційні дотації можуть бути доступними, наприклад, в Бельгії, Німеччині, Люксембурзі та Нідерландах. Загалом, інвестиції базуються на національних чи регіональних планах. Інвестиції повинні бути підкріплені бізнес та фінансовими планами. Також все частіше для традиційно державних інвестицій (лікарняні будівлі) використовується приватний капітал (ДПП; Державно-приватне партнерство). Для Великобританії вже стало традицією використання приватних фінансових ініціатив та програм державно-приватного партнерства в більшості проектів по побудові нових лікарень. В майбутньому через конкурентні потреби (та сектори) потік державних фінансів скоротиться навіть більше, ніж зараз. Як наслідок, приватні фінансові ініціативи (ПФІ) в державному секторі, жорсткіший контроль над витратами лікарні та бюджетна ефективність ставатимуть все важливішими.

Все частіше навчання та дослідження починають відносити до окремої діяльності в межах лікарні (інвестиції в кадровий капітал), особливо в базових лікарнях. Таким чином, додаткові витрати на навчання та дослідження загалом фінансуються безпосередньо з державного бюджету чи спільно з регіональними і/або місцевими органами влади. Розподіл з такою метою іноді базується на індикаторах, які описують об'єм навчання та результати досліджень (кількість студентів-медиків, кількість опублікованих наукових статей), але загалом це лише визначена стаття в бюджеті прибутків.

## **1.6 Якість ВМД в Європі**

Хоча загальної єдиної системи в Європі не існує, а рівні контролю та моніторингу якості різняться, особливо якщо задіяні питання згоди та етики, якість медичних послуг в європейських країнах гарантується багатьма шляхами.

Професійні стандарти (обов'язки щодо обережності, професійної поведінки та відношення, етичних принципів, тощо) регулюються не законодавчо, а незалежними медичними радами, професійними асоціаціями, ліцензувальними медичними органами з повноваженнями на відкликання ліцензії практикуючого лікаря чи накладання інших дисциплінарних стягнень на тих професіоналів, які користуються власним службовим положенням чи припускаються значної професійної недбалості.

Хоча цей факт і не завжди визнається професійними медичними працівниками та широким загалом, основною метою більшості реформ за останні десять років було не лише підвищення ефективності і продуктивності, а й покращення якості допомоги — тобто, її дієвості, гуманності та справедливості. Якість допомоги базується та порівнюється з національними та місцевими стандартами.

### **1.6.1 Реалізація та моніторинг застосування стандартів якості**

Стандарти існують в усіх сферах сучасного життя, і в більшості країн існують організації, які займаються встановленням стандартів та характеристик для основних типів товарів та процесів. В контексті стандартів з охорони здоров'я медичні стандарти використовуються для вимірювання та вдосконалення ефективності роботи певної сфери захворювань чи послуг. Прикладами можуть слугувати національні структури послуг Великобританії та клінічні стандарти Шотландії. Для таких стандартів процесом оцінки виступає «організаційний аудит», і всі системи управління якістю будуть містити такі розширені стандартні положення.

Стандарти якості можуть встановлюватись в різних формах та на різних рівнях. Окремі сектори послуг можуть встановлювати стандарти якості щодо ефективності роботи чи результатів (наприклад, кардіоторакальна хірургія) або ж для послуг можуть встановлюватись національні стандарти якості (наприклад, Якісті, результативність та клінічна ефективність роботи прямо пов'язані з системою виплат(QOF) для загальної практики Національної служби охорони здоров'я в Великобританії). Управління та організація загальної практики може вимірюватись за допомогою таких ретельно

затверджених документів як Оцінка європейської практики (ЕРА). Для лікарень різні країни використовують дещо інші інструменти (наприклад, британський інструментарій Національної служби охорони здоров'я AEDET підтримує конструкцію та модернізацію лікарняних будівель, а також охоплює всі аспекти функціональності, впливу на навколишнє середовище, будівництва та інженерно-проектних робіт).

Закони на національному рівні можуть регулювати якість за допомогою Актів, наприклад, стосовно безпеки продукту, професійної кваліфікації чи прав пацієнта. Неюридичні, а саме професійні положення видані професійними органами можуть регулювати медичні стандарти та професійну поведінку.

На рівні установи клінічний та управлінський процес можуть контролювати системи внутрішнього та зовнішнього аудиту.

Європейський комітет із стандартизації (CEN) може встановлювати міжнародні стандарти для різних сфер, які стосуються охорони здоров'я. [Національні члени CEN](#) є національними органами із стандартизації країн ЄС та ЄАВТ. [Національні члени CEN](#) подають Європейські стандарти в якості національних та розробляють проекти стандартів. Відповідно до «Нового підходу», структуру Директив ЄК було змінено, щоб в них вказувались законодавчі вимоги, які слід виконати в формі Базових вимог в сфері охорони здоров'я та безпеки (EHSR), а детальні технічні вимоги було усунуто. З [національними членами CEN](#) можна зв'язатись за наступною адресою в мережі Інтернет: <http://www.cenorm.be/cenorm/members/members/index.asp>.

[Афілійовані члени CEN](#) є національними органами стандартизації країн Центральної та Східної Європи, які в принципі можуть стати членами ЄС чи ЄАВТ, а отже і національними членами CEN. З [афілійованими членами CEN](#) можна зв'язатись за наступною адресою в мережі Інтернет: <http://www.cenorm.be/cenorm/members/associates/associates.asp>.

Міжнародна організація із стандартизації (ISO) вказує орієнтири для міжнародних стандартів в широкому діапазоні сфер діяльності, які впливають на «замовників» (в сфері охорони здоров'я = пацієнт) в широкому розумінні. ISO 9000:2005 описує основи для систем управління якістю, які формують суб'єкт сімейства ISO 9000. Принципи управління якістю ISO визначено в ISO 9000:2000<sup>15</sup>.

### **1.6.2 Окремі стратегії забезпечення якості**

В Великобританії до цього року регулювання сфери охорони здоров'я та аудит соціальної сфери проводились Комісією з охорони здоров'я, аудиту та інспекції (відома, як Комісія з охорони здоров'я) та Комісією з інспектування соціальної допомоги. Комісія з ОЗ проводила моніторинг якості Національної служби охорони здоров'я та незалежних постачальників медичних послуг. Вона допомогла визначити, яким чином якість медичних послуг можна покращити, а також, чи існують відповідні заходи для просування потреб місцевого населення в медичних послугах. Нещодавно законодавство створило єдиний інтегрований регулятор для системи охорони здоров'я та соціальної сфери – Комісією з якості медичної допомоги, яке забезпечуватиме безпеку, якість, оцінку ефективності роботи комісіонерів («замовників») та постачальників, контролюватиме виконання Акту про психічне здоров'я 1983 року та забезпечуватиме, щоб регулятивна та інспекторська діяльність в сфері охорони здоров'я та соціальних послуг проводилась координовано та контролювано.

Далі описуються певні підходи, які на даний момент використовуються для забезпечення якості в Європі.

- **Медичні стандарти та рекомендації**

Клінічну рекомендацію можна визначити, як «систематично розроблене положення для надання допомоги в прийнятті рішень практикуючими лікарями та пацієнтами щодо надання відповідної медичної допомоги в певних клінічних обставинах»<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> [http://www.iso.org/iso/iso\\_catalogue/management\\_standards/iso\\_9000\\_iso\\_14000/qmp.htm](http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/management_standards/iso_9000_iso_14000/qmp.htm)

<sup>16</sup> Field MJ, Lohr KN: 'Clinical Practice Guidelines: directions for a new work programme'

Доказові рекомендації широко використовуються в Європі, так як показує вказане вище визначення, вони спрямовують лікарів до застосування передової практики в лікуванні пацієнтів. Рекомендації також можуть використовуватись для надання доказової бази в розробці місцевих клінічних протоколів в ПМД чи для управління певними умовами та обставинами на певних клінічних шляхах ВМД. Окремі клінічні лікарі та команди часто звертатимуться до процесу внутрішнього аудиту в своїй роботі для оцінки ефективності своєї роботи у впровадженні рекомендацій.

- *Системи управління якістю*

Система управління якістю (СУЯ) визначає обов'язки та встановлює структуру і системи для їх виконання. Рекомендації Міжнародної організації із стандартизації (ISO) використовуються певними європейськими лікарнями для розробки таких систем управління якістю, хоча вони і не вважаються обов'язковими до виконання. Однак системи бувають різними і можуть охоплювати широкий спектр діяльності, наприклад, оцінку ефективності роботи, акредитацію, внутрішній і/або зовнішній аудит.

Серед найпоширеніших систем, які застосовуються:

- Європейська фундація системи управління якістю, яка базується на американській системі Болдріджа.
- Зовнішня оцінка якості незацікавленою організацією з колегіального розгляду чи урядовим органом (добровільна чи обов'язкова), можливо в поєднанні з формальною акредитацією.
- Системи акредитації.
- Комплексне управління якістю (TQM) та Постійне підвищення якості (CQI).

Дані можуть використовуватись для внутрішнього покращення якості чи зовнішнього звітування (наприклад, *внутрішній аудит* для постійного підвищення якості роботи в межах організації чи *зовнішній моніторинг* зовнішньою агенцією з метою звітності на основі зовнішньо встановлених критеріїв). Більшість заходів з ефективності роботи базується на перегляді результатів допомоги в порівнянні із встановленим порогом чи завчасно встановленою нормою. Однак вони можуть бути непопулярними в питаннях мір якості в лікарнях, так як результати лікування необов'язково відбивають реальну якість, на них впливають інші коефіцієнти зрізу. Більше того, дані в кінцевому результаті для пацієнта можуть не складати значної різниці між дійсною ефективністю роботи окремо взятого лікаря та ефектами різних служб підтримки (наприклад, вчасне прибуття швидкої допомоги, дії іншого клінічного персоналу, тощо). Результуючі дані є корисними в якості сигналу для зовнішнього контрольного агентства щодо необхідності проведення власного дослідження (наприклад, неочікуваний ріст рівня смертності).

Використання результатів допомоги для порівняння якості між лікарнями часто призводить до впровадження помилкового стимулювання, в якому результати та цифри схильні до маніпуляцій задля отримання «кращих» результатів. Вихідні результуючі дані не дають інформації щодо певних заходів потрібних для покращення якості. Для внутрішнього управління ефективністю роботи більш доречними будуть процесуальні міри якості. Вони дозволяють використовувати дані для оцінки якості роботи, а отже можуть нести конкретні рекомендації щодо певних дій для покращення певних аспектів допомоги. Процесуальні міри можуть використовувати індикатори якості (які самі ґрунтуються на надійних доказах, наприклад, доказових клінічних рекомендаціях) чи внутрішньо узгоджені міри якості встановлені лікарнею або відділеннями в її межах для власного внутрішнього постійного підвищення якості. Процесуальні міри дозволяють всьому персоналу в організації приймати участь у покращенні того чи іншого аспекту допомоги, а не концентруватись виключно на одному очевидному «поганому» гравці. Однак процесуальні міри можуть виявитись дорожчими у проведенні та підтримці. Для управління якістю ефективності роботи можуть використовуватись підходи «згори-донизу» чи «знизу-догори».

### *Участь пацієнта:*

Визначаючи потреби пацієнта, наприклад, через систему скарг та зауважень, анкетування з приводу рівня задоволення, а також прозорості системи комунікації з пацієнтами – ось загальний підхід до підвищення якості. Адвокатська діяльність та організаційне представництво інтересів пацієнта також схиляють до забезпечення надання послуг орієнтованих на пацієнта.

Прикладом в даному випадку може стати британська «хартія пацієнта». Деякі країни Північної Європи мають закони щодо прав пацієнта, омбудсмени та інші схеми задля посилення його позицій.

### **1.7 Кадрові ресурси ВМД в Європі**

Вартість робочої сили в більшості систем охорони здоров'я становить від 60% до 80% загальних поточних видатків. Всі організації з охорони здоров'я намагаються зараз стримувати вартість кадрових ресурсів, одночасно приваблюючи кваліфікований персонал. Якісне управління кадровими ресурсами грає ключову роль в успішності чи провалі реформи сектору ОЗ.

В Європі роботодавці в сфері охорони здоров'я повинні мати діючу кадрову політику та процедури, які крім всього іншого описують обов'язки роботодавців та робітників, а також керують способом призначення персоналу, його управлінням та підтримкою. Така політика є доступною в визнаних джерелах, щоб кадри знали про «правила», які діють в межах лікарні стосовно різних видів діяльності.

Для послуг ВМД кадровий відділ чи відділ управління персоналом включає загальну відповідальність лікарні за наймання та відбір, оцінку, розвиток та навчання персоналу робочої сили, розуміння і впровадження трудового законодавства та принципів благополуччя. Кадрова стратегія встановлює параметри та стандарти для закладу, а також охоплює всі питання стосовно кількості та типів посад потрібних для даного закладу, метод наймання на ті чи інші посади, обов'язки за управління різними рівнями персоналу, кар'єрний ріст та службове чи зовнішнє навчання. На кадрове управління впливають наступні основні фактори:

- мобільність персоналу (варіанти)
- універсальність (межі чи відповідальність)
- навчання (вимоги та кар'єрна драбина)
- поява нових професій в сфері охорони здоров'я
- спеціалізація серед лікарів та сестер (поточна та майбутня)
- більший наголос на ролі сімейного лікаря
- частота та наслідки змін системи охорони здоров'я.

Кадровий відділ в більшості лікарень відповідатиме за загальне кадрове планування. На один і більше директорат чи відділення можуть також працювати окремі кадрові менеджери (наприклад, хірургія, денний стаціонар, невідкладна та перша допомога), надаючи підтримку та поради генеральному менеджеру, який відповідає за той чи інший директорат чи відділення. Це може стосуватись порад щодо перепризначення персоналу з палати, яка закривається, або поради з приводу стратегій найму нового персоналу. Кадрові менеджери можуть нести відповідальність за певну групу персоналу, як наприклад, весь медичний персонал, що працює в лікарні чи групі лікарень.

В великих лікарнях Західної Європи працюють менеджери з найму медичного персоналу, які відповідають за всі медичні кадри, що працюють в лікарні, за виключенням студентів-медиків. Даний обов'язок включає терміни та умови медичного персоналу, наймання та відбір професійних робітників, а також участь в кадровому плануванні, програмах навчання та розвитку або ж переговорах з приводу зарплатні. В неї такого менеджера повинні бути відмінні навички з ведення переговорів та «кадрового управління». Бюджети

лікарень не прив'язані до фіксованих цифр ліжкового фонду, посади розраховуються на основі кількості та типів персоналу потрібного для безпечного надання послуг в індивідуальному порядку. Не зважаючи на надання рекомендацій чи порад, жодних норм з приводу чітких цифр кількості персоналу не існує, це буде залежати від місцевої демографії, певних клінічних вимог та присутності чи відсутності допоміжних послуг постачальника медичних послуг.

Коли в Великобританії було запроваджено трасти Національної служби охорони здоров'я, важливим питанням стало досягнення утримування видатків та «ціни грошей», а отже зросла роль кадрових відділень; кадрові відділення в ВМД стали відігравати важливу роль в наступних сферах (окрім інших обов'язків):

- управління процедурами найму та відбору персоналу, умови його зарахування,
- забезпечення вірного розміру платні. (Деякі трасти включили до складу кадрових відділів відомства з розрахунку зарплати, але в інших організаціях їх функції перейняв на себе фінансовий відділ).
- розробка контрактів та забезпечення необхідної кількості персоналу за встановленими потребами (тобто, завчасно узгоджена кількість робітників для виконання тих чи інших обов'язків).
- терміни та умови (статут) розроблені для кожного трасту,
- відповідний комплект політичних ініціатив та процедур для допомоги менеджерам із рекомендаціями щодо ведення справ (наприклад, професійна структура, ведення скарг персоналу чи пацієнтів, управління ризиками, внутрішні протоколи, тощо).
- процедури розгляду скарг та дисциплінарні дії для забезпечення діяльності Трасту в межах законодавства.
- навчання – організується локально, проте запроваджене співробітництво між університетами та коледжами за групами трастів надало можливість проводити курси вищої якості за більш прийнятну ціну.
- трастам Національної служби охорони здоров'я потрібно було розробити власні схеми оплати, і спочатку це було дещо складна сфера для кадрового персоналу, якому довелось набиратись нового досвіду.
- відповідність директивам ЄС (наприклад, Директиві щодо робочого часу (WTD), яка стосувалась всіх лікарів, що проходили навчання). Це викликало певні проблеми для кадрового персоналу, якому довелось скорочувати максимально допустиму кількість робочих годин, особливо для найбільш витребуваних спеціальностей.

### **1.8 Інформаційні та комунікаційні технології ВМД в Європі**

Сьогодні існує загальний консенсус щодо потреби сконцентруватись на вдосконаленнях інформаційних та комунікаційних технологій (ІКТ) задля вирішення питання із постійно зростаючими видатками в сфері охорони здоров'я та помилками медичного лікування, які трапляються через погано організовані комунікації. За оцінками ІКТ може підняти ефективність роботи лікарні на 30%. Загально прийнятим фактом є те, що в майбутньому використання інформаційної технології в системі охорони здоров'я значно зросте, бездротові пристрої стануть більш загальним явищем, а застосування ІКТ поширяться не тільки в лікарняному лікуванні, але і у всіх аспектах сфери охорони здоров'я.

Два надзвичайно важливі ІКТ питання в сфері охорони здоров'я – це збереження конфіденційності і безпеки медичних даних за допомогою встановлення, а також запровадження стандартів безпеки та взаємний стандартизаційний обмін електронними даними. Всі країни ЄС з серйозними ІКТ системами мають діючу політику та суворі рекомендації щодо обов'язкового навчання персоналу задля забезпечення безпеки та конфіденційності даних пацієнта. Іншими важливими питаннями є надійність (час безвідмовної роботи мережі), надлишковість, швидкість передачі даних, безпека мережі та плани аварійно-відновлювальних робіт. Всі вони можуть та значним чином впливають на

ІКТ системи охорони здоров'я.

Використання інформаційних та комунікаційних технологій (ІКТ) в медицині сьогодні дозволяє розробляти мережі послуг, що дозволяє передавати медичну інформацію (направлення, дані, знімки, історії хвороби) в електронному вигляді між різними рінками постачальників послуг, впливаючи таким чином на модель медичних шляхів та структури постачальників послуг. Такі нові технології не лише дозволяють лікарям легше та швидше спілкуватись, вони також надають управлінцям можливість керувати системою в реальному часі. З використанням інтерактивних електронних медичних послуг в Інтернеті (e-Health) поінформованість громадян щодо альтернатив у даній сфері зростає.

Навіть запізнившись із прийняттям сучасної інформаційної технології в медичних закладах, медичні установи в ЄС тепер все частіше комп'ютеризують свою основну діяльність. Дані розробки сьогодні становлять другу технологічну рушійну силу для змін в сфері охорони здоров'я. Прогрес в телекомунікаціях орієнтованих на медицину, медичній візуалізації, масових базах даних, мініатюризації пам'яті та інших інформаційних системах закладає базу для фундаментальних змін в організації охорони здоров'я.

## 2 Система вторинної медичної допомоги в Україні

### 2.1 Загальні положення

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення. МОЗ забезпечує в межах своєї компетенції додержання закладами охорони здоров'я, установами і закладами державної санітарно-епідеміологічної служби Міністерства, іншими підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я<sup>17</sup>.

Заходами Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 13.06.07 №815, передбачено «подальшу оптимізацію мережі охорони здоров'я відповідно до потреб населення, проведення функціональної диференціації стаціонарної медичної допомоги та реорганізацію державних і комунальних закладів охорони здоров'я, зміну їх господарського статусу шляхом реорганізації в державні (комунальні) некомерційні підприємства та забезпечення чіткого розподілу стаціонарних закладів вторинного і третинного рівнів на заклади для надання допомоги у разі гострих захворювань, для лікування хронічних захворювань та закладів, що надають медико-соціальну допомогу».<sup>18</sup>

Традиційно система стаціонарної допомоги в Україні формувалася за ієрархичним принципом. Госпітальна допомога за основними спеціальностями повинна була надаватися на вторинному рівні у центральних районних та міських лікарнях, а високоспеціалізована для пацієнтів з особливо складними та тяжкими захворюваннями концентруватися у стаціонарах високо спеціалізованого рівня – лікарнях обласного рівня та спеціалізованих міжрайонних лікарнях і диспансерах.<sup>19</sup> Однак на практиці, особливо в останній період, межі між вторинним та високоспеціалізованим рівнем стаціонарної медичної допомоги почалися розмиватися.<sup>20</sup> Сьогодні в Україні між показниками діяльності різних рівнів лікарень майже немає ніяких істотних відмінностей. З одного боку, порівняно тривале перебування пацієнтів в стаціонарах районних та міських лікарень є певним свідченням незадовільної організації та низької якості медичного обслуговування. З іншого – відносно короткі терміни перебування хворих в обласних лікарнях дають підстави вважати, що принаймні деякі з пацієнтів, які в них лікуються, не потребують послуг такого типу закладів. За даними окремих досліджень<sup>21</sup> встановлено, що 35,7%

<sup>17</sup> Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 02.11.06 №1542//<http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=98>

<sup>18</sup> Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року» від 13.06.07 №815// Офіційний вісник України від 25.06.2007 – 2007 р.– № 44.– С. 66, стаття 1790, код акту 400/2007

<sup>19</sup> Стан фінансування системи охорони здоров'я України та невідкладні заходи щодо його поліпшення: матеріали звіту на "Дні Уряду України" у Верховній Раді України 14 листопада 2002 р. – Київ, 2001. – 80 с.Ярош Н.П. Наукове обґрунтування ролі і місця обласної лікарні в системі охорони здоров'я на сучасному етапі реформування галузі: Дис. Канд. мед. наук. – К., 2001.

<sup>20</sup> Дослідження ефективності використання ресурсів у охороні здоров'я в Україні в 2001–2002 роках. Звіт до Проекту ПОЛІСІ. Київ. – 2003. – 96 с.

<sup>21</sup> Ярош Н.П. Наукове обґрунтування ролі і місця обласної лікарні в системі охорони здоров'я на сучасному етапі реформування галузі: Дис. Канд. мед. наук. – К., 2001.

випадків госпіталізації до обласних лікарень насправді потребують надання медичної допомоги у закладах вторинного рівня. За таких умов зростає загальна вартість стаціонарної допомоги та погіршується доступність високоспеціалізованої стаціонарної допомоги.<sup>22,23</sup>

Не зважаючи на відхід від катастрофічного рівня зубожіння 1990х, близько 10% населення за оцінками все ще живуть в бідності.<sup>24</sup> Нарешті, прогнозування проблем може наштовхнутись на скорочення та старіння населення.<sup>25</sup> За приблизними оцінками населення України в період 2000-2025 скоротиться приблизно на одну п'яту. Частка населення віком старшим 65 років прогнозовано зростає на 15 – 20% за той же період.

Аналіз контингентів пацієнтів, які сьогодні отримують стаціонарну медичну допомогу, свідчить, що значна їх частина не потребує цілодобового нагляду, і деякі пацієнти повинні отримувати медичні послуги у альтернативних формах надання медичної допомоги (денних, домашніх стаціонарах).<sup>26</sup> Слід звернути також увагу і на той факт, що профіль госпіталізації не завжди відповідає ступеню важкості стану пацієнтів.<sup>27, 28</sup> Лікарняний ліжковий фонд не диференціюється на основі певних потреб пацієнта. Як наслідок, спеціалізовані стаціонарні відділення обслуговують не лише потреби пацієнтів в інтенсивній терапії, але й тих пацієнтів, що вже одужують, які потребують допомоги та тих, хто знаходиться на термінальній стадії свого стану.<sup>29</sup>

Результатами дослідження окремих дослідників, які поглиблено вивчали склад пацієнтів у стаціонарах, виявлено, що тільки лише один з трьох пацієнтів у стаціонарах великих міських лікарень та 15-20% пацієнтів центральних районних лікарень дійсно потребували постійного нагляду, підтримки життєво важливих функцій та медичних послуг процедури, які з технологічних причин не можливо надати в домашніх умовах. Більше половини пацієнтів отримували лікування відповідно із застарілими схемами. Інші пацієнти – близько третини від загальної чисельності досліджуваних, знаходилися в стаціонарі без відповідних показань і отримували послуги амбулаторного рівня разом з готельними послугами. Забагато часу пацієнти витрачали на проведення рутинних обстежень.<sup>30</sup>

---

<sup>22</sup> Мельник Ю.В., Слабкий Г.О. Оптимізація управління стаціонарною медичною допомогою населенню на рівні лікарні через сучасні інформаційні системи // Вопросы здравоохранения Донбасса. Сборник статей. Выпуск 4, том 2. Донецк. - 2000. - С. 53 - 57.

<sup>23</sup> Неверов В.С. Современные методы руководства и управления лечебным учреждением // Главврач. – 2000. – №12. – С. 26–30.

<sup>24</sup> Рівень бідності значно скоротився з близько 32 відсотків в 2001 до менше, ніж 8 відсотків в 2005, використовуючи абсолютну (постійну) лінію бідності, яка відображає вартість задоволення мінімальних суспільних потреб. Звіт №39887 – UA. UKRAINE: Poverty Update. Світовий банк, 20 липня, 2007.

<sup>25</sup> Мукеш Шавла. FROM RED TO GRAY: The “Third Transition” of Aging Populations in Eastern Europe and the Former Soviet Union. Світовий банк 2007.

<sup>26</sup> Слабкий Г.О. Организация медицинской помощи взрослому городскому населению. Донецк – Лебедь. – 2000. – 346 с.

<sup>27</sup> Слабкий Г.А. Построение сети стационарных медицинских учреждений, оказывающих специализированную помощь взрослому городскому населению // Медицина сегодня и завтра. 2001. - N 3. - С. 141 - 142.

<sup>28</sup> Железняк Е.С., Алексеева Л.А., Пенюгина Е.Н., Петрова Н.Г. Современные оценки качества стационарной медицинской помощи по результатам социологического опроса // Проблемы соц. гигиены и история медицины. - 1996. - N 3. - С. 20-22.

<sup>29</sup> Синявский В.М. Современные информационно-аналитические технологии управления в здравоохранении. Экспертиза и контроль за рациональным использованием средств в ЛПУ и системы ОМС (опыт работы Торжской ЦРБ Тверской области) // Экономика здравоохранения. - 1999.- N 5,6. - С. 24-29.

<sup>30</sup> Чернова Т.В. Оценка качества медицинской помощи пациентам городских многопрофильных больниц // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1998. - №1. – с. 28-30

Спроби реформування в секторі стаціонарної допомоги в останні роки були зосереджені на скороченні занадто роздутого ліжкового фонду, які проводилися переважно адміністративними методами. При цьому загальна ефективність стаціонарних служб змінилася мало.<sup>31,32</sup> Вдалося також досягти значної економії заробітної плати медичного персоналу. Проте видатки на утримання будівель та споруд практично не змінилися.<sup>33</sup> Як і раніше, близько 90% ресурсів все ще витрачається на вартісне медичне лікування, яке не завжди і є ефективним. Скорочення ліжок відбулося без відповідної зміни функції та ролі первинної медико-санітарної допомоги, тому реформи не мали позитивного впливу на здоров'я населення.<sup>34</sup> Радикальних кроків і в напрямку збільшення доступності соціально-медичної допомоги також не було здійснено.<sup>35</sup>

## **2.2 Послуги ВМД**

Українська система охорони здоров'я формально не розрізняє ПМД, ВМД чи високоспеціалізованої медичної допомоги. Між вторинним та первинним рівнем також не існує жодного «шлюзу», а отже і механізму контролю видатків. Пацієнти можуть відвідувати спеціалістів без направлення від лікаря ПМД, це закріплено на законодавчому рівні, що надає пацієнтам право на вільний вибір лікарів.

ВМД послуги надаються в спеціалізованих консультаційних центрах (відділеннях), територіальних поліклініках та поліклінічних відділеннях міських лікарень, дитячих лікарнях, центральних районних лікарнях, поліклінічних і стаціонарних відділеннях диспансерів та спеціалізованих лікарень. Заклади, що надають високоспеціалізовану амбулаторну допомогу – це ЛПЗ обласного рівня. На базі лікарень широкого профілю великих міст можуть створюватись спеціалізовані центри, які повинні надавати третинну допомогу міському населенню у визначених сферах. Проте на практиці, особливо останнім часом, межі між ВМД та високоспеціалізованою стали розмитими, з незначним стратегічним спрямуванням на кращі за рентабельністю та відповідністю розміщення високо комплексного та дорогого лікування.

## **2.3 Постачальники послуг ВМД**

### **2.3.1 Типи**

Лікарняні заклади в Україні розподіляються на багатопрофільні, однопрофільні, спеціалізовані та лікарняні заклади особливого типу<sup>36</sup>. Вони можуть існувати на обласному чи районному рівні, а також підпадати під категорії ВМД чи високоспеціалізованих закладів.

<sup>31</sup> МЕДМА. 2001 рік. Аналіз ефективності системи охорони здоров'я м. Кам'янця-Подільського та програма її оптимізації. Звіт до проекту ПОЛІСІ. – 52 с.

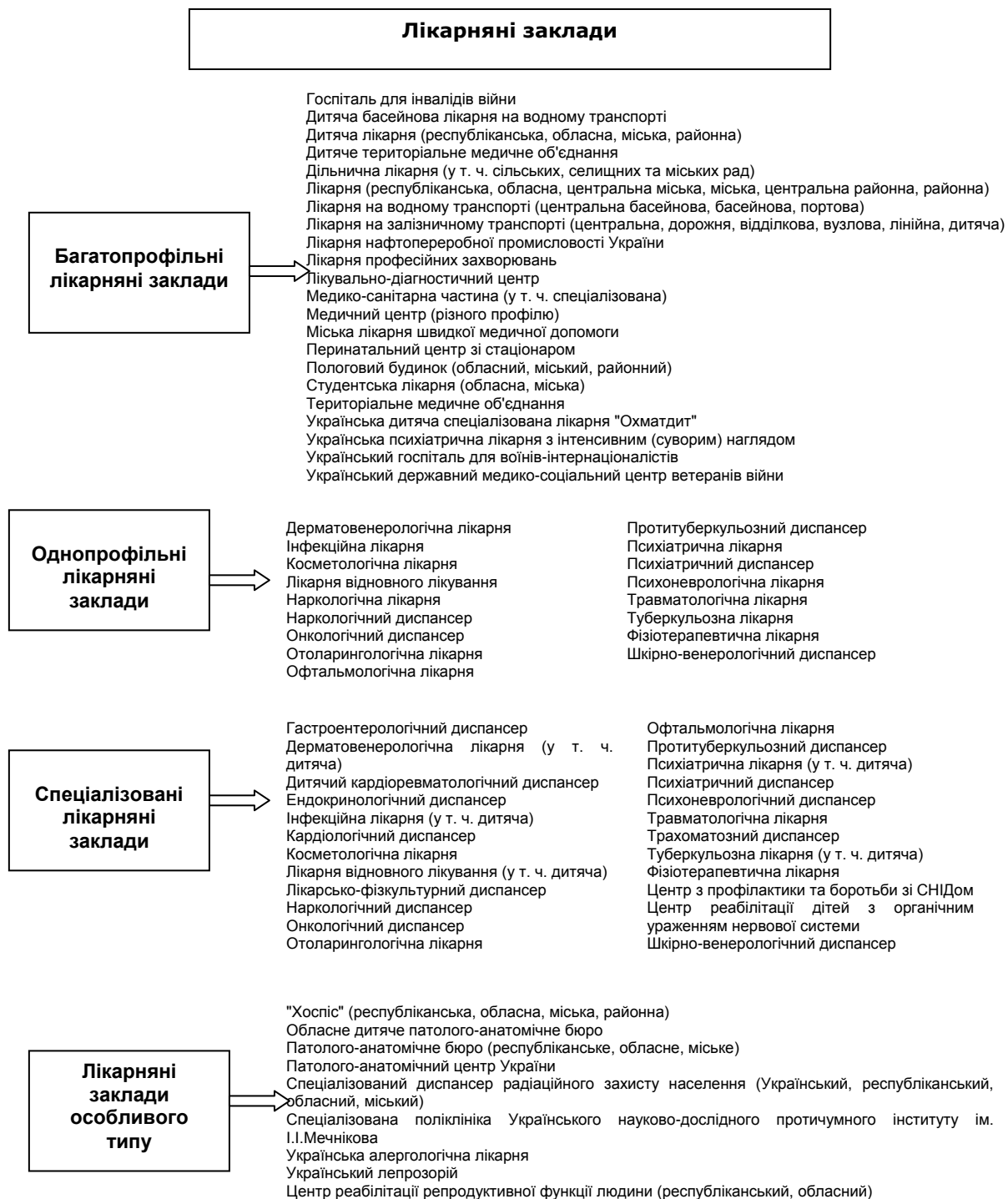
<sup>32</sup> Пономаренко В.М. Стан стаціонарної медичної допомоги населенню України //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - Київ; Тернопіль, 2000. - N1. - С. 44-48

<sup>33</sup> Прозоров Ю.А. Состояние здравоохранения в Украине и его реформа: взгляды, оценки населения, врачей и экспертов. Итоговый отчет. Симферополь: Здравреформ. – 1996. – 47 с.

<sup>34</sup> Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2002–2003 роки // МОЗ України, Центр медичної статистики. – К., 2006.

<sup>35</sup> Боровиц М. Поставить пирамиду на ее основание: реформа первичной медико-санитарной помощи в СНГ // Вехи здравреформ. – 1995. – Вып. 2. – 1–4.

<sup>36</sup> Наказ Міністерства Охорони Здоров'я України «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» №385 від 28.10.02 // [www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214](http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=5214)



Графік 2-1: Структура медичних закладів в Україні

### 2.3.2 Форма власності

Окрім кількох високоспеціалізованих закладів, які керуються безпосередньо обласними управліннями охорони здоров'я, більша частина таких установ довіряється містам чи районам (зазвичай від 25,000 до 50,000 населення). Очевидно, що такі міста чи райони палко захищають власну систему охорони здоров'я. Певна проблема у вигляді дублювання зусиль проковується паралельними системами охорони здоров'я (тобто, ЛПЗ, які фінансуються іншими міністерствами (наприклад, Міністерством Оборони, Юстиції, Транспорту, Міліцією, Академією Наук, тощо)), які намагаються задовольнити вимоги не лише власного персоналу, а і широкого загалу (наприклад, ЛПЗ підпорядковані

Міністерству внутрішніх справ також надають послуги своїм працівникам, внутрішнім військам, своїм пенсіонерам, членам їх сімей, персоналу податкової адміністрації, прокуратури та судів.

Близько 90% з 2.9 тисяч ЛПЗ, які надають послуги населенню України (404,200 ліжок станом на 1 січня 2008) знаходяться у підпорядкуванні МОЗ України та управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій, Севастопольської міської держадміністрації та Головного управління охорони здоров'я Київської міської держадміністрації.

ЛПЗ переважно знаходяться в державній чи комунальній власності. В приватному секторі у 2007 році в Україні працювало близько 1500 ЛПЗ (з яких 75% були стоматологічними кабінетами, 15% діагностичними кабінетами, 9% клініками на базі державних закладів, менше 1% були приватними клініками). Недержавна сфера охорони здоров'я надає альтернативні варіанти для пацієнтів, роблячи свій внесок в загальне покращення якості послуг, швидше впровадження сучасних медичних технологій, підняття рівня професійної компетенції персоналу та культивування розвитку цивілізованих фінансових та законодавчих відносин. Однак на відміну від державних закладів приватні обмежені у використанні наркотичних засобів та видачі лікарняних листків.<sup>37</sup>

### 2.3.3 Мережа та структура медичних закладів

В кожному районі є центральна районна лікарня, ліжковий фонд якої зазвичай налічує близько 200 ліжок та в якій представлені основні лікарські спеціальності. Голова такої установи («Головний лікар»), який займає власну посаду, іноді перебуваючи на ній десятиліттями, координує інші ЛПЗ районного рівня, Включно з одною чи кількома поліклініками спеціалізованої амбулаторної допомоги, можливо кількома невеличкими сільськими лікарнями, кількома сільськими амбулаторіями, які надають первинну медичну допомогу, стоматологічні послуги та денне лікування, лікарями загальної практики (погано навченими, без жодної мотивації та ролі «шлюзу») та фельдшерами (професійними робітниками, еквівалентом для яких вважається середній медичний персонал з правом самостійної практики, та яких часто тренують, як гінекологів).

Населенню України медичні послуги надаються через мережу з 2,900 ЛПЗ з загальним ліжковим фондом в понад 444,000 ліжок, що становить 95.6 лікарняних ліжок на 10,000 населення (Держкомстат України, 2006). Зважаючи на динаміку з 1990 по 2006 роки, кількість закладів скоротилась на майже тисячу з 3,600 в 1990 до 2,900 в 2006, а кількість лікарняних ліжок – в 1.6 разів (з 700,000 до 444,000).

Роки	Кількість ЛПЗ, тис.	Кількість лікарняних ліжок	
		загалом, тис.	на 10,000 населення
1990	3,9	700	135,5
1991	3,9	700	135,2
1992	3,9	689	132,6
1993	3,9	679	130,9
1994	3,9	665	129,3
1995	3,9	639	125,1
1996	3,7	580	114,6
1997	3,4	503	100,2
1998	3,3	483	97,0
1999	3,3	477	96,5

<sup>37</sup> Матеріали I Всеукраїнського конгресу з медичного права та соціальної політики – крок до формування системи медичного права в нашій державі// Здоров'я України. – №9. – 2007. – С.52

2000	3,3	466	95,0
2001	3,2	466	96,6
2002	3,1	465	97,3
2003	3,0	458	96,6
2004	2,9	451	95,7
2005	2,9	445	95,2
2006*	2,9	444	95,6

Таблиця 2-1: Кількість лікарень та лікарняних ліжок в Україні станом на 2007р.

Середня тривалість перебування пацієнта в стаціонарі вказує також на щорічну тенденцію до зниження. Рівень в 14.01 днів по Україні в 2005, спав до 13.47 в 2007, з пониженням у 3.9%.

В мережі з 474 центральних районних лікарень, 142 районних лікарень та 609 дільничних лікарень 51.7% розташований в сільській місцевості, надаючи стаціонарні послуги, в основному, її жителям.

Наступна таблиця показує дані щодо кількості лікарень, які звітують безпосередньо перед МОЗ та фінансуються з державного бюджету, а також комунальні заклади, які фінансуються з місцевих бюджетів в різних адміністративно-територіальних одиницях.

Адміністративні одиниці	Лікарні	
	Безпосередньо підзвітні МОЗ	Комунальні ЛПЗ, що фінансуються з місцевих бюджетів
Кримська автономна республіка	2	75
Вінницька область	1	114
Волинська область	-	52
Дніпропетровська область	9	153
Донецька область	4	178
Житомирська область	-	70
Закарпатська область	2	56
Запорізька область	2	83
Івано-Франківська область	2	61
Київська область	2	107
Кіровоградська область	2	66
Луганська область	-	123
Львівська область	-	113
Миколаївська область	1	56
Одеська область	4	116
Полтавська область	-	116
Рівненська область	1	60
Сумська область	-	62
Тернопільська область	-	59
Харківська область	5	103
Херсонська область	-	62
Хмельницька область	1	70
Черкаська область	1	96
Чернівецька область	-	56
Чернігівська область	-	79
Місто Київ	7	51
Місто Севастополь	-	10
<b>Україна</b>	<b>46</b>	<b>2247</b>

Таблиця 2-2: Мережа медичних закладів МОЗ, 2008р.

Стационарна допомога в Україні забезпечується:

- 25 обласними лікарнями,
- 29 обласними дитячими лікарнями,
- 547 міськими лікарнями,
- 97 міськими дитячими лікарнями,
- 12 лікарнями швидкої допомоги,
- 32 лікарнями для ветеранів війни,
- 119 спеціалізованими лікарнями,
- 474 центральними районними лікарнями,
- 142 районними та 609 місцевими лікарнями,
- 89 пологовими будинками,
- 281 диспансером зі стаціонарними палатами,
- 92 психіатричними та наркологічними лікарнями.

Існують і фактори відомі своїм негативним впливом на ВМД:

- Надмірна кількість лікарень, що не відповідає потребам населення
- Надмірна (нормативно підкріплена) кількість спеціалізованих ліжок та лікарень
- Незначна функціональна диференціація лікарень для різних рівнів допомоги (тобто, певні лікарні загального профілю працюють, як установи соціального захисту чи надають ПМД послуги; деякі обласні лікарні пропонують високоспеціалізовані та ВМД послуги для відносно незначної кількості обслуговуваного населення)
- Паралельні системи надання стаціонарної допомоги (відомча, державні заклади)
- Високий рівень госпіталізації в спеціалізованих лікарнях
- Тривалі періоди перебування в лікарні (ALOS) в порівнянні з країнами ЄС

На сучасному етапі особливо посилюється актуальність і економічна доцільність розширення мережі стаціонарозамінних форм.<sup>38</sup> За останні 12 років в Україні кількість домашніх установ та установ денного стаціонару в якості альтернативи стаціонарному перебуванню в лікарні зросла в 5 раз.

Окремими дослідниками досліджено економічний ефект впровадження стаціонарів денного перебування (СДП) для хворих урологічного профілю, а також від переведення непрофільних хворих в інші відділення та уникнення випадків необґрунтованої госпіталізації. Результати досліджень вказують, що СДП є дуже важливою ресурсозберігаючою формою надання медичної допомоги, в яких можливо здійснювати доліковування хворих висококваліфікованими лікарями цілодобових стаціонарів, а також проводити складні діагностичні обстеження. За висновками науковців, економія досягається за рахунок як зменшення витрат на оплату праці середнього та молодшого персоналу (ліквідація цілодобових постів), так і зниження вартості або відсутності витрат на харчування хворих у СДП. Залежно від режиму роботи СДП (в одну, дві чи три зміни) і організації харчування хворих, річна економія коштів на одному урологічному ліжку, обчислена за результатами експертних оцінок, становить від 12,2 до 50,8%.<sup>39</sup>

Однак запровадження стаціонарозамінних технологій не змінило рівня госпіталізації, так як лікарні продовжують лишати свій ліжковий фонд майже без змін через прив'язку до фінансування. Система охорони здоров'я в Україні також дозволяє відкривати такі установи виключно на основі амбулаторних закладів, що обмежує типи потенціального альтернативного лікування, яке не може розвиватись.

---

<sup>38</sup> Любінець О.В., Фуртак І.І., Гринаш В.М., Турик В.А. Нові стаціонаро-замінючі форми надання медико-санітарної допомоги населенню/ У кн.: Наука і соціальні проблеми суспільства: медицина, фармація, біотехнологія. Тези доповідей III Міжнародної науково-практичної конференції, 21–23 травня 2003 р., Харків, с. 124

<sup>39</sup> Калининская А.А., Рамишвили В.Ш. Рационализация использования коечного фонда урологических отделений// Здравоохранение Российской Федерации.– 2000. – № 4. –С. 35–37.

### 2.3.4 Управління

Міністерство охорони здоров'я України несе відповідальність за організацію та проведення обов'язкової державної акредитації медичних закладів різних типів власності, видаючи ліцензії ЛПЗ, які задіяні в наданні медичних послуг або виробництві і продажу медичних препаратів. МОЗ також безпосередньо керує певними спеціалізованими медичними установами. Головні лікарі ЛПЗ, безпосередньо підзвітних МОЗ, призначаються і звільняються з посади наказом Міністра і заступників Міністра охорони здоров'я за поданням Департаменту кадрової політики, освіти і науки МОЗ.<sup>40</sup>

Обласні та міські управління охорони здоров'я очолює начальник, який призначається на посаду і звільняється з посади головою відповідної держадміністрації за погодженням з МОЗ. Його заступники призначаються на посаду та звільняються з посади головою відповідної місцевої держадміністрації за поданням начальника управління та погодженням з МОЗ<sup>41</sup>.

Начальник управління здійснює керівництво діяльністю управління, несе персональну відповідальність за виконання покладених на управління завдань перед головою відповідної держадміністрації, розпоряджається коштами в межах затвердженого кошторису доходів і видатків на утримання управління; призначає на посади звільняє з посад працівників управління; розглядає і затверджує кошториси доходів і видатків, штатні розписи та баланси підвідомчих закладів охорони здоров'я та медичної освіти, забезпечує своєчасне подання фінансовим органам бухгалтерської і статистичної звітності. Також має право брати участь в засіданні органів місцевого самоврядування та виступати на них з питань, що належать до його компетенції.

Начальник управління відповідного рівня погоджує призначення на посади та звільнення з посад головних лікарів ЛПЗ, що належать до сфери управління районних держадміністрацій, районних у містах Києві та Севастополі держадміністрацій.

МОЗ також безпосередньо керує певними високоспеціалізованими медичними закладами.

Системи управління лікарнями все ще в зародковому стані, і вони потребують подальшої професіоналізації. Принаймні великі лікарні мають кілька бюджетних пластів та децентралізоване фінансове управління з автономією в управлінні. Однак незмінні поточні норми та обмеження надзвичайно ускладнюють радикальні управлінські рішення в державних лікарнях.

Законодавчі бар'єри, суворий ієрархічний контроль та фінансування на основі централізовано визначених норм, а також обмежені можливості залучення нових ресурсів не дозволяють надавати ефективну допомогу високої якості або ж провести процес реструктуризації в економічно стабільну систему охорони здоров'я.

## 2.4. Планування ВМД

Кількість лікарень на 100,000 населення в Україні значно вища (5,94) в порівнянні з європейськими країнами, які знаходяться в процесі інтенсивного реформування своїх систем охорони здоров'я (Польща – 2,15; Угорщина – 1,79), а також значно вища, ніж в цілому для Європи (4,39). Значна кількість працюючих стаціонарних закладів призводить до розпорошення обмежених ресурсів охорони здоров'я та обмежує можливості запровадження сучасних медичних технологій.

<sup>40</sup> Наказ МОЗ України від 22.04. 93 №90 "Про номенклатуру посад Міністерства охорони здоров'я України та порядок призначення та звільнення працівників цієї номенклатури" (із змінами та доповненнями)

<sup>41</sup> Постанова КМУ від 20.12.2000 №1845 „Про затвердження Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Севастопольської міської державної адміністрації та Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації" (із змінами та доповненнями)

Загалом система охорони здоров'я суворо контролюється в певних своїх частинах, і така жорстка позиція надзвичайно ускладнює проведення реформ. З іншого боку, соціальний попит на краще функціонуючу систему охорони здоров'я може стати потужним стимулом для змін в майбутньому. Якщо спробувати описати даний процес стисло:

- *Укомплектованість.* Укомплектованість безпосередньо пов'язана з параметром зайнятості ліжок (або ж з кількістю візитів до спеціалізованих амбулаторних закладів); як наслідок – рівні активності штучно зберігаються на високому рівні, з непотрібно затягнутим періодом госпіталізації та середньою тривалістю перебування в лікарні, яка може бути двічі довшою, ніж в Західній Європі (хоча це також можна віднести до браку безперервності допомоги). Недостатній рівень універсальності в питаннях укомплектованості, який стосується всіх бувших республік Радянського Союзу, в Україні ще більше занижується нещодавньої міністерською постановою («Наказ №33»), який ще більш детально визначає допустимий рівень укомплектованості в системі охорони здоров'я.
- *Ліжковий фонд.* В наслідок неконтрольованого закриття ЛПЗ в роки одразу після отримання незалежності, особливо це стосується сільських лікарень (*дільничні лікарні*), Конституція 1996 року не лише захищала радянський принцип права всіх громадян на безкоштовні медичні послуги, але і ввела пряму заборону на скорочення ліжкового фонду. ЛПЗ часто слугують альтернативою надзвичайно слабкій системі соціальної допомоги, особливо в зимовий період та в сільській місцевості.
- *Моделі фінансування.* В той час, як критерії, за якими Міністерство Фінансів розподіляє фінанси між областями для оплати медичних послуг, за останні кілька років еволюціонували в напрямі до подушної оплати, ЛПЗ не отримують глобального бюджету, а фінансуються постатейно, у відповідності до традиційних урядових критеріїв розрахунків. Зарплатня (яка не включає в себе змінної частки) та комунальні вплати, беруть на себе лівову частку бюджету; на лікарські засоби, продовольство, обслуговування будівель та інфраструктуру хронічно не вистачає коштів, тоді як на навчання та капітальні інвестиції грошей практично немає.

Плануючи загальну кількість стаціонарних ліжок органам влади в сфері ОЗ, слід керуватись обмеженими стандартами встановленими для кожної з 27 областей країни в 1997 році постановою Кабінету міністрів України<sup>42</sup>. Такі стандарти стосуються вимог до стаціонарного лікування пацієнтів з оцінками розрахованими на 10 тисяч населення відповідної території. Для України середній стандарт становить 80 ліжок на 10 тисяч населення. В той же час типових стандартів щодо планування ліжкового фонду для певних типів ЛПЗ та їх відділень не існує (стосовно спеціалізації останніх).

Досвід країн ЄС підказує щодо необхідності створення єдиного медичного простору на території області, концентруючи таким чином обов'язки щодо планування та фінансові ресурси, а також функції аудиту та контролю на рівні обласного управління охорони здоров'я.

## **2.5. Фінансування ВМД**

### **2.5.1. Джерела та розподіл фінансування**

Сьогодні національна система охорони здоров'я України фінансується загальним розподіленням з бюджету. Витрати на охорону здоров'я в рамках місцевих громад знаходяться на помірному рівні (3.7 відсотки від ВВП в 2006) для області, хоча це дещо вище за середній рівень в порівнянні з міжнародною практикою при нормалізації ВВП<sup>43</sup>.

<sup>42</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 28.06.1997 № 640 “Про затвердження нормативів потреб у стаціонарній медичній допомозі в розрахунку на 10 тисяч населення”

<sup>43</sup> Для детальної інформації зверніться до Звіту Світового банку “Ukraine Improving Intergovernmental Fiscal Relations and Public Health and Education Expenditure Policy: Selected

Більше того, не дивлячись на положення Конституції, рівень виплат з власної кишені (тобто, «добровільно/формальні» не неформальні виплати) в державних закладах достатньо високий: за грубими оцінками формальних та неформальних витрат з власної кишені можна сказати, що їх рівень практично такий же високий, як і рівень загальних витрат сектору.<sup>44</sup> Таким чином, загальні витрати на охорону здоров'я знаходяться принаймні на рівні 6-6.7% ВВП. Але такі витрати загалом неефективні та страждають від секторного регулювання, яке обмежує універсальність бюджету на рівні закладу та місцевої влади.

З 2000 року Україна проходить шлях порівняно активного економічного розвитку. Нещодавно почав зростати інфляційний тиск пов'язаний зі зростанням ціни на нафту, і за прогнозами рівень зростання дещо сповільниться. Звіт Світового Банку за 2006р. більш детально окреслює положення України.<sup>45</sup>

Однак слід відмітити два моменти. По-перше, всі докази дають можливість припускати, що еластичність прибутку від попиту на медичні послуги перевищує «1», тобто ріст (загалом) витрат на охорону здоров'я більш, ніж пропорційний до зростання національного прибутку. Хоча детальної статистики щодо інфляції в медичному секторі не існує, можна очікувати потенційно значущого тиску на ціни в секторі. По-друге, в той час як фіскальна політика стримується, залишається певний дефіцит бюджету, і зостається мало приводів (фіскальних) для задоволення. З одного боку, навантаження від податків вже високе, що гальмує постійний ріст та створення нових робочих місць. З іншого, державні витрати все ще схильні до трансфертів, зарплати та споживання в державному секторі. Пенсії та зарплати в державному секторі не тільки навряд чи зможуть порівнюватись з приватними, особливо в світлі кадрової ситуації державного сектору, схильність до споживання та трансфертів також зробила свій внесок до занепаду приватних заощаджень. Іншими словами, з огляду на розміри державного сектору, покращення послуг сфери охорони здоров'я, перш за все, потребуватиме ефективніших витрат, а не додаткових (державних) ресурсів.

В таких країнах, як Україна, де державна монополія традиційно домінувала в сфері медичних послуг, можна сміливо прирівнювати загальні державні витрати до загальних витрат на охорону здоров'я. Таке відношення за останні десять років значно застаріло. Це створює певні проблеми при обговоренні витрат на охорону здоров'я. По-перше, класифікувати приватні видатки досить складно.<sup>46</sup> По-друге, після класифікації складно виміряти та класифікувати трансакції на балансі: наприклад, чи підпадає звільнений від оподаткування прибуток або трансакція під визначення сірої чи навіть чорної економіки.

Стосовно класифікації, спільний звіт донорів окреслює основні стратегії для сектору та визначає 5 категорій<sup>47</sup>:

1. формальні виплати в державних установах;
2. офіційні внески;<sup>48</sup>
3. виплати за матеріали та лікарські препарати
4. «напівофіційні» виплати за матеріали та лікарські препарати
5. неформальні виплати медичним працівникам.

---

Issues”, Звіт №42450– UA, 20 листопада, 2007, сторінка 43

<sup>44</sup> Такі неформальні витрати включають виплати професійному персоналу системи ОЗ, самостійні закупівлі ресурсів та медикаментів, а в деяких випадках і обладнання, а також надлишкові втрати через нерухомість, яка використовується не в повній мірі, та інші активи.

<sup>45</sup> Report No. 36671.Ukraine, Creating Fiscal Space for Growth: A Public Finance Review. World Bank. September 2006.

<sup>46</sup> Термін «з власної кишені» часто використовується для опису приватних витрат, однак зі зростаючою кількістю добровільних фінансових посередників («страхових агентів») задіяних в фінансуванні ОЗ даний термін може виявитись дещо хибним.

<sup>47</sup> Lekhan M. Rudi V. Key strategies for further development of healthcare sector in Ukraine. Joint donor report. Rayevsky Scientific Publications, Kiev 2007.

<sup>48</sup> Автори також зазначають, що даний термін використовується для інших не-/квазі- формальних виплат.

## Sources of Health Care Financing Ukraine, 1998 - 2004

ID	2001		2002		2003	
	Source Financing	%	Sum2	%2	Sum3	%3
1	TOTAL (UAH m)		11,061		13,750	
2	Consolidated budget (%)		6,460	58	8,456	62
3	total othr sources (%)		4,602	42	5,294	39

Source: Joint Donor Report

### Sources of Funds (NHE = 100%)

Public (including public firms)	10,778.78	57.9	13,320.22	58.0
Private Companies	539.87	2.9	643.05	2.8
Households	7,223.09	38.8	8,841.87	38.5
Donor	74.46	0.4	160.76	0.7

### Financing Agents (NHE = 100%)

Public	10,816.01	58.1	1,194.23	5.2
Private companies	558.49	3.0	666.01	2.9
Households	7,167.24	38.5	8,795.94	38.3
Donor and other	74.46	0.4	160.76	0.7

### Providers of Health Care (NHE = 100%)

Hospitals	7,223.09	38.8	8,497.38	37.0
Nursing and residential	1,396.22	7.5	1,630.58	7.1
Ambulatory care	1,936.08	10.4	2,503.28	10.9
Retail sales and medical goods	6,106.11	32.8	7,509.85	32.7
Provision and admin Public Health programs	539.87	2.9	666.01	2.9
General health admin and insurance	614.33	3.3	711.94	3.1

### Financing Agents spending function (NHE = 100%)

Inpatient curative	4,933.29	26.5	5,787.41	25.2
Outpatient curative	2,717.97	14.6	3,421.92	14.9
Rehabilitation and sanatoria	1,377.60	7.4	1,584.65	6.9
Medical goods and outpatient dispensing	6,106.11	32.8	7,509.85	32.7
Prevention and public health	688.80	3.7	849.74	3.7

Source: NHA 2003 - 4 (nominal valued inferred from % distributions)

Таблиця 2-3: Джерела фінансування сфери охорони здоров'я, 2003 – 2004рр.

## Sources of Health Care Financing Ukraine, 1998 - 2004

ID	2001		2002		2003	
	Source Financing	%	Sum2	%2	Sum3	%3
1	TOTAL (UAH m)		11,061		13,750	
2	Consolidated budget (%)		6,460	58	8,456	62
3	total othr sources (%)		4,602	42	5,294	39

Source: Joint Donor Report

Таблиця 2-4: Огляд Національних рахунків охорони здоров'я, 2003-2004рр.

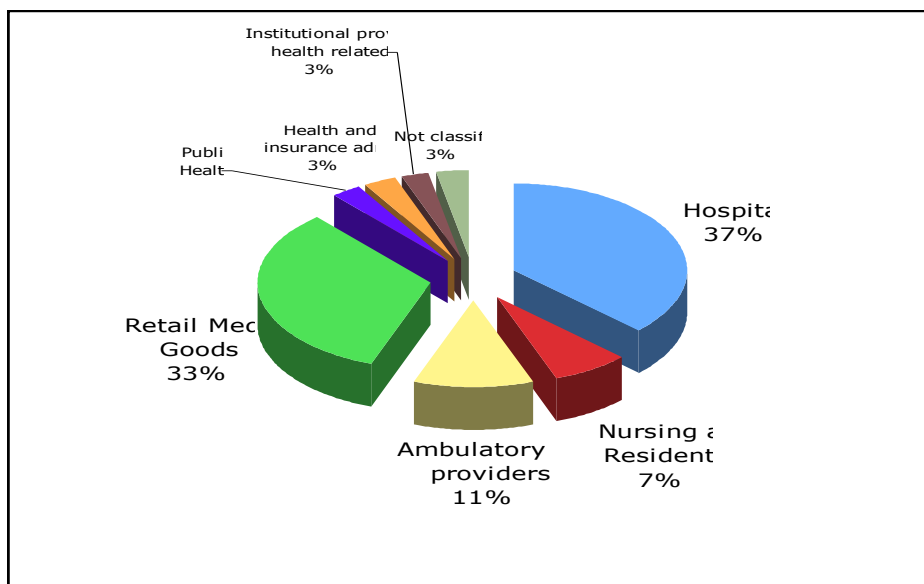
Цифри Національних рахунків охорони здоров'я України подано в Таблиці 2-3, а офіційна статистика наведена в спільному звіті донорів – в Таблиці 2-4.

Національні рахунки охорони здоров'я наслідують міжнародні класифікації. Оскільки такі методи також користуються даними досліджень домогосподарств, можна отримати певні приблизні цифри приватних витрат на високо агрегованому рівні, проте дані таких досліджень рідко надають детальний розподіл приватних витрат.

Загальні видатки надалі розподіляються у відповідності до основних матриць Національних рахунків охорони здоров'я: джерело фінансування, фінансові агенти, постачальники та (ОЗ) функції.

Національні рахунки охорони здоров'я виявляють загальну прогнозовану суму витрат на національну систему охорони здоров'я приблизно на рівні 6.7 (2004) – 7 (2003) % від номінального ВВП. Це вдвічі більше, ніж прогнозована сума ВООЗ, тому може існувати припущення щодо більш широкого розуміння загальних витрат паралельно з національним прибутком в порівнянні з іншими країнами. Цифри з Національних рахунків охорони здоров'я вказували б на вищі рівні загальних витрат на систему охорони здоров'я та набагато вище навантаження домогосподарств.<sup>49</sup> Швидше за все, в основному це можна було б списати на включення до Національних рахунків охорони здоров'я статистики неформальних внесків.

В той час, як на лікарні припадає основна частина видатків, роздрібні продажі ліків та інших медичних товарів також становлять значний відсоток; разом дані елементи складають близько 70% від загальних видатків на систему охорони здоров'я.



Графік 2-2: Розподіл коштів серед різних типів медичних закладів

#### Consolidated Public Budget for Health Care Central and local budgets (mil. UAH nominal)

ID	2005 Sum	%	2006 Plan Sum	%	2007 Plan Sum	%	2008 Need Sum	%
1 Total	10,842	100%	13,369	100%	17,536	100%	31,148	100%
2 Salaries	7,867	73%	9,792	73%	12,799	73%	16,733	54%
3 Drugs	733	7%	1,128	8%	1,344	8%	4,169	13%
4 Food	394	4%	518	4%	631	4%	1,587	5%
5 Utilities	762	7%	993	7%	1,455	8%	2,030	7%
6 Equipment	211	2%	372	3%	433	2%	2,454	8%
7 Misc.	876	8%	565	4%	874	5%	4,175	13%

Source: MOH

Таблиця 2-5: Консолідований державний бюджет для центрального та місцевих бюджетів системи охорони здоров'я (млн. грн. номінал, Джерело: МОЗ)

<sup>49</sup> Слід відмітити, що автори Національних рахунків охорони здоров'я вказали на вірогідність недооцінки витрат домогосподарств через той факт, що було неможливо виконати триангуляцію результатів з, наприклад, цифрами роздрібних продажів лікарських препаратів. Роздрібна торгівля могла б вказати на вищий рівень витрат, ніж пропонують дані дослідження.

Оскільки практично всі медичні випадки складаються з робочих та матеріальних компонентів, це подає регулятори з цікавою проблемою. Схоже на те, що розподіл субсидій пов'язаний зі здатністю користувачів оплачувати споживчі товари пов'язані з лікуванням. Є й винятки. Існує кілька спеціальних програм, які призначені для надання субсидованих та безкоштовних ліків в кількох пріоритетних сферах. Наприклад: туберкульоз, діабет, онкологія, кардіологія. На додачу, надходять звіти щодо існування благочинних ініціатив на місцевому рівні та рівні установ. Проте не зважаючи на розмір приватних видатків, слід зробити чіткими (навіть справедливими) структурні проблеми пріоритезації видатків.

У порівнянні з надзвичайно обмеженими видатками на обслуговування та повторні інвестиції в фіксовані активи (нерухомість та обладнання) ясно, що існуючі активи ефективно «заміновані».<sup>50</sup> Справа полягає в тому, що вони історично існують та виплачуються, а будь-яке додаткове значення повільно руйнується. Візити до більшості державних установ за межами столиці доводять саме такий факт. Особливі місцеві ініціативи забезпечують змінну картину на поверхні, проте в підсумку прозоре та структурне рішення, яке можна було б вірогідно застосувати на національному рівні, в даний момент загально відоме.<sup>51</sup>

### **2.5.2 Фінансування послуг та законодавство**

Основні законодавчі документи, які регулюють надання послуг сфери охорони здоров'я в державних та комунальних ЛПЗ – це Бюджетний кодекс України, Основи законодавства з охорони здоров'я України, а також інші законодавчі акти видані Кабінетом міністрів України, Міністерством фінансів України та Міністерством охорони здоров'я України, зведено у базу даних<sup>52</sup> всіх відповідних актів та законів, яка є доступною на вебсайті ([www.eu-shc.com.ua](http://www.eu-shc.com.ua)).

ЛПЗ в Україні є переважно бюджетними (неприбутковими) організаціями, які повністю утримуються за рахунок відповідно державного бюджету чи місцевих бюджетів. Бюджетна організація не має права здійснювати запозичення у будь-якій формі або надавати за рахунок бюджетних коштів позички юридичним та фізичним особам, крім випадків, передбачених законом про Державний бюджет України. Такі рамки обмежують ефективність роботи та процес прийняття рішень в медичних установах, які повинні бути універсальними в веденні економічної діяльності.

Положеннями Бюджетного кодексу України також регламентовано розмежування видатків між рівнями бюджетної системи. Відповідно до Бюджетного кодексу України обсяги фінансування спеціалізованої стаціонарної допомоги здійснюється з державного бюджету і порівняно з іншими видатками є незначними (1,5% – на стаціонарне обслуговування працівників водного транспорту та нафтопереробної промисловості). З бюджетів сіл, селищ, міст районного значення та їх об'єднань фінансується надання стаціонарної допомоги у дільничних лікарнях; з районних бюджетів та бюджетів міст республіканського АР Крим і міст обласного значення – лікарні широкого профілю, пологові будинки; бюджету АР Крим та обласних бюджетів – лікарні республіканського АР Крим та обласного значення, – спеціалізовані лікарні. Крім того, фінансування надання окремих видів медичної допомоги передбачається з усіх видів бюджетів, крім того, з одного й того ж бюджету можуть фінансуватися різні види допомоги.

<sup>50</sup> Слід відмітити, що до виборів вересня 2007р. Міністерство фінансів оголосило капітальні видатки в розмірі 1 млрд доларів США на обладнання в державних лікарнях (за 3 – 5 років?)

<sup>51</sup> В багатьох відвіданих державних закладах проводяться інвестиції в фіксовані активи. В деяких випадках, в широкому масштабі – для комплексної реконструкції будівель, в інших, в меншому масштабі – для, наприклад, закупівлі обладнання. Однак саме в тих випадках, де задіяні приватні фінанси, законодавчий та розрахунковий стан деякої частини таких інвестицій та активів лишається невизначеним. Таким чином, один з варіантів національного рішення має включати локальне впровадження та власність.

<sup>52</sup> Базу даних було підготовлено в структурі Програми дій Україна-ЄС на 2004 рік, Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні.

Надання медичної допомоги здійснюється згідно із затвердженими кошторисами, які відповідно до чинного бюджетного законодавства є основними плановими документами бюджетного закладу. Згідно з кошторисами закладам надаються повноваження щодо отримання доходів і здійснення видатків, визначаються обсяги і спрямування коштів для виконання бюджетним закладом своїх функцій та досягнення цілей, визначених на бюджетний період відповідно до бюджетних призначень. Затвердження, а також коригування протягом бюджетного року кошторисів бюджетних закладів здійснюється відповідно до затвердженого бюджетного розпису Державного бюджету та місцевих бюджетів України.

Таким чином, при складанні Державного і місцевих бюджетів за основу беруться, перш за все встановлені державою соціальні стандарти і нормативи, розраховані на кількість мешканців чи одного одержувача послуг. Згідно з процедурою їх використання – бюджетні кошти спрямовуються на утримання ЛПЗ без прив'язки до реальної потреби у обсягах надання медичної допомоги населенню. Головне «навантаження» покладено на місцеві бюджети, які фінансують надання медичної допомоги громадянам у закладах переважно комунальної власності. Державний бюджет (центрального Уряду) фінансує заклади охорони здоров'я загальнодержавного значення, а також цільові програми і централізовані заходи. Крім МОЗ України, видатки на охорону здоров'я отримують ще 12 міністерств та відомств. Державні зведені видатки на охорону здоров'я у 2007 р. становили 26,9 млрд грн, у т.ч. Державний бюджет – 6,3 млрд грн, місцеві бюджети – 20,3 млрд грн.

Як вже вказувалось вище, головними розпорядниками коштів на охорону здоров'я з Державного бюджету, крім МОЗ України, були і залишаються інші міністерства та відомства. У 2007 р. видатки для надання медичної допомоги у рамках окремих бюджетних програм:

- Міністерства з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської аварії профінансовано у обсязі 51,7 млн грн;
- Апарату Верховної Ради України – 43,1 млн грн;
- Державного управління справами – 317,3 млн грн;
- Міністерства внутрішніх справ – 276,4 млн грн;
- Міністерства освіти і науки – 173 тис. грн;
- Міністерства праці і соціальної політики – 145,1 млн грн;
- Міністерства транспорту – 493,2 млн грн;
- Служби безпеки України – 110,5 млн грн;
- Національної Академії наук України – 15,1 мн грн;
- Академії медичних наук України – 1,06 млрд грн;
- Служби зовнішньої розвідки України – 758,5 тис. грн;
- Державного департаменту з питань виконання покарань – 19,1 млн грн;
- Міністерства охорони здоров'я України – 3,8 млрд грн (з яких 55,3 млн грн або 1,5% спрямовувалося на стаціонарне медичне обслуговування працівників водного транспорту та нафтопереробної промисловості).

Територіальні громади сіл, селищ і міст можуть об'єднувати на договірних засадах кошти відповідних бюджетів для виконання власних повноважень. Міські (міст республіканського АР Крим та міст обласного значення) ради та районні ради можуть передати видатки на виконання всіх або частини власних повноважень Верховній Раді АР Крим чи обласній раді з передачею відповідних коштів до бюджету АР Крим чи до обласного бюджету у вигляді міжбюджетного трансферту. Сільські, селищні та міські (міст районного значення) ради можуть передавати видатки на виконання всіх або частини власних повноважень районній раді чи раді іншої територіальної громади з передачею коштів до відповідного бюджету у вигляді міжбюджетного трансферту.

Відповідно до критеріїв розмежування видів видатків між місцевими бюджетами видатки поділяються на:

- видатки на фінансування бюджетних установ та заходів, які забезпечують необхідне першочергове надання соціальних послуг, гарантованих державою, і які

розташовані найближче до споживачів (здійснюються з бюджетів сіл, селищ, міст та їх об'єднань);

- видатки на фінансування бюджетних установ та заходів, які забезпечують надання основних соціальних послуг, гарантованих державою для всіх громадян України (з бюджетів міст республіканського АР Крим та міст обласного значення, а також районних бюджетів);
- видатки на фінансування бюджетних установ та заходів, які забезпечують гарантовані державою соціальні послуги для окремих категорій громадян, або фінансування програм, потреба в яких існує в усіх регіонах України (з бюджету АР Крим та обласних бюджетів; з бюджетів міст Києва та Севастополя здійснюються видатки всіх трьох груп)<sup>53</sup>.

Основною причиною недоступності отримання медичної допомоги у стаціонарах відзначають занадто високу вартість лікування.

Показники	Домогосподарства, які за рівнем середньодушових загальних доходів у місяць входять до складу		
	першої децильної групи	десятої децильної групи	групи нижче прожиткового мінімуму (525,0 грн.)
Кількість домогосподарств (тис.), в яких хто-небудь з членів при потребі не зміг:			
<b>отримати лікування у стаціонарі</b>	<b>113,0</b>	<b>48,1</b>	<b>372,1</b>
у тому числі з причин (%):			
занадто висока вартість лікування	96,9	93,1	97,8
відсутність вільних місць	3,1	1,8	1,0
відсутність відділення потрібного профілю	-	-	1,2
інше	-	5,1	-

Таблиця 2-6: Класифікація домогосподарств за доступністю медичних послуг, фармацевтичних та медичних продуктів, в залежності від рівня загального прибутку на душу населення<sup>1</sup>, 2007р.

Кожне третє (у 2006р. – кожне шосте) домогосподарство (відповідно 7% та 2% усіх домогосподарств), члени яких потребували, але не отримали медичної допомоги, повідомило про випадки недоступності для хворих членів родини необхідного лікування у стаціонарних лікувальних установах. Майже всі такі домогосподарства вказали, що вимушена відмова від належного лікування викликана занадто високою його вартістю.

Одночасно, серед осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні, як і раніше, дев'ять з десяти брали з собою до лікарні медикаменти, більше, ніж три чверті – їжу, кожна третя з п'яти осіб – постільну білизну. Частка осіб, які не брали нічого з перерахованого, як і раніше, склала лише 6%.

За даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств у січні–вересні 2007р. основну частину ліків та медичного приладдя населення купувало в аптечних закладах, а медичні послуги надавалися громадянам переважно лікувальними установами. Разом з тим, кожна п'ятнадцята гривня (у січні–вересні 2006р. – кожна чотирнадцята) з коштів, витрачених населенням на оплату послуг охорони здоров'я, була направлена на оплату послуг, отриманих у неформальному секторі економіки (на хабарі, грошову винагороду громадянам, які займаються наданням медичної допомоги без відповідного юридичного оформлення цієї діяльності тощо)<sup>54</sup>.

<sup>53</sup> Бюджетний кодекс України від 21.06.01 № 2542-III (із змінами)// <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>

<sup>54</sup> Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2007 році// <http://www.ukrstat.gov.ua/>

За даними іншого опитування, проведеного Державним комітетом статистики України у березні 2006 р., більшість опитаних зазначили, що їх доходу недостатньо для задоволення першочергових потреб у медичному обслуговуванні.

Результати обстеження засвідчили також, що „в цілому по Україні не мають можливості отримати належне медичне обслуговування 56,0% респондентів, що на 0,7 в.п. менше, ніж за результатами попереднього обстеження.<sup>55</sup>

Можливість отримувати за місцем проживання відповідне медичне обслуговування є важливою складовою соціальної безпеки окремої особи, регіону та держави в цілому. На можливість отримувати медичне обслуговування вказало відповідно 56,0 % респондентів (у 2004 році 56,7 % відповідно), причому відстежувалася залежність незадовільних відповідей респондентів від місця проживання.

Типи поселень	Чи маєте Ви можливість отримати відповідне медичне обслуговування за місцем проживання?	
	Так	Ні
Міські поселення		
2003	42,8	57,2
2004	51,3	48,7
2006	50,4	49,6
Сільська місцевість		
2003	19,5	80,5
2004	21,4	78,6
2006	24,4	75,6

Таблиця 2-7: Оцінка доступності необхідних медичних послуг за місцем проживання (відсоток)

Внаслідок загально низького рівня доходів медичні послуги залишаються недоступними для значної групи населення. Крім того, недостатній рівень доходів обтяжується недосконалістю систем охорони здоров'я, що обмежує доступ до медичних послуг багатьох верств населення, особливо тих, хто мешкає на значній відстані від великих міст.

Вирішення цих проблем вимагає концептуальної зміни підходу до формування системи фінансування. Тобто необхідно переходити від ідеології «утримання бюджетної установи» до «державного замовлення послуг»<sup>56</sup>.

Далі представлено фінансування стаціонарної допомоги з місцевих бюджетів у розрізі основних функцій.

<sup>55</sup> Соціально-економічна захищеність населення України, за матеріалами вибіркового обстеження// <http://www.ukrstat.gov.ua/>

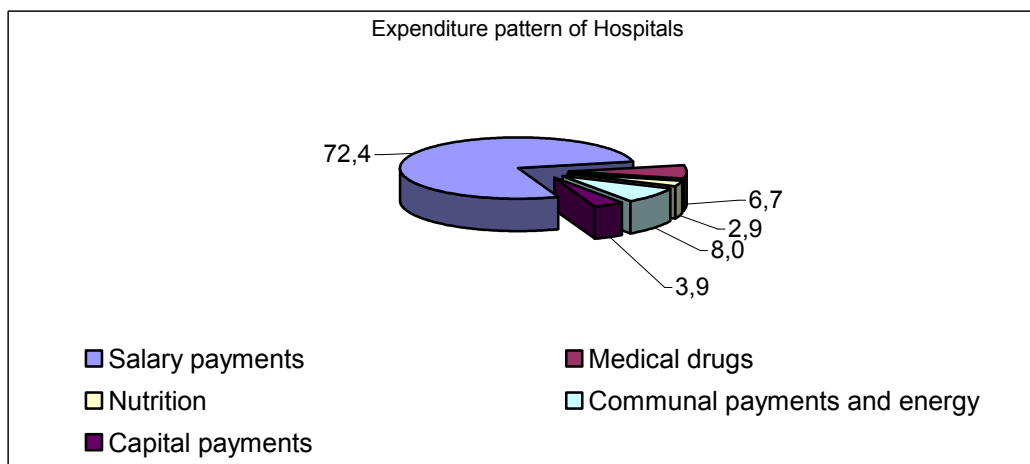
<sup>56</sup> Щербина І.Ф. Бюджетні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні//<http://www.minfin.gov.ua>

Найменування	Видатки на охорону здоров'я (загальний і спеціальний фонди разом), грн		
	Планові показники		Виконано з початку року
	затверджено розписом на рік з урахуванням змін	кошторисні призначення на рік з урахуванням змін	
<b>Охорона здоров'я</b>	<b>15 117 021 733,43</b>	<b>15 688 769 731,19</b>	<b>15 327 967 626,82</b>
Лікарні	8 034 065 285,00	8 359 855 881,90	8 229 421 339,54
Територіальні медичні об'єднання	422 199 015,00	446 263 541,11	437 898 663,71
Спеціалізовані лікарні та інші спеціалізовані заклади (центри, диспансери, госпіталі для інвалідів ВВВ, лепрозорії, медико-санітарні частини тощо, що мають ліжкову мережу)	2 292 761 472,00	2 387 296 402,51	2 364 169 604,06
Клініки науково-дослідних інститутів	5 198 100,00	4 533 100,00	4 279 750,85
Пологові будинки	373 777 598,10	404 309 689,81	397 678 838,99

Таблиця 2-8: Витрати на стаціонарне лікування в структурі витрат місцевих бюджетів (сукупного загального та спеціального бюджетних фондів), Фінансовий звіт Державного казначейства України за 2006р.

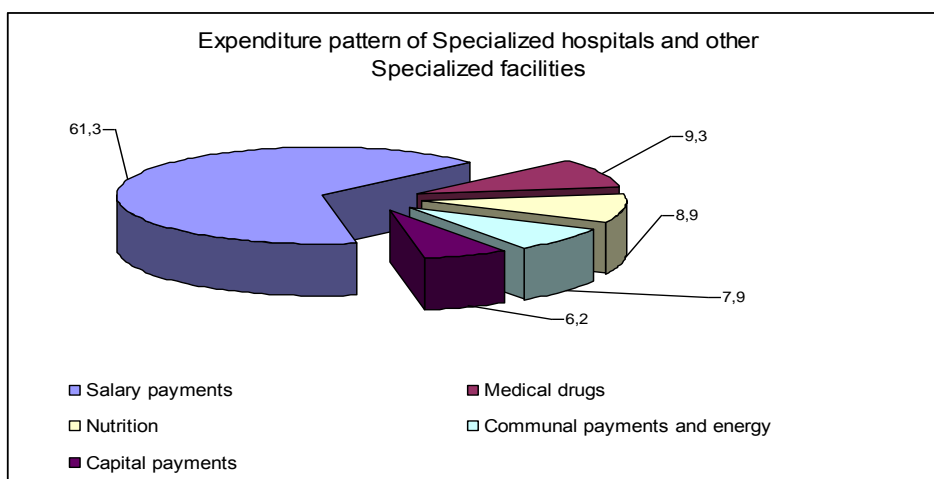
У 2006 р. найбільшу питому вагу у структурі місцевих бюджетів займали видатки на фінансування лікарень – 53,7% (сукупні видатки 8229,4 млн. грн.) та спеціалізованих лікарень та інших спеціалізованих закладів (центрів, диспансерів, госпіталів для інвалідів ВВВ, лепрозоріїв, медико-санітарних частин тощо, що мають ліжкову мережу) – 15,4% (2364,2 млн. грн.).

Економічна структура видатків з місцевих бюджетів на фінансування лікарень, ТМО та спеціалізованих лікарень та інших спеціалізованих закладів досить схожа і представлена нижче. Основна їх частка спрямовується на оплату праці медичного персоналу та комунальних послуг і енергоносіїв. Видатки на медикаменти та придбання обладнання залишаються незначними.



Графік 2-3: Структура витрат лікарень України

У випадку із спеціалізованими закладами, економічна структура витраток відрізняється в пунктах капітальних інвестицій та розподілу оплати праці.



Графік 2-4: Структура витрат спеціалізованих лікарень/закладів України

## 2.6 Законодавство сфери ВМД

Слід пам'ятати про те, що загалом «кращої практики» регулювання систем охорони здоров'я не існує, так як вона залежить від політики та характеристик самої системи (наприклад, податкові чи внескові типи фінансування), а також інших факторів, як наприклад, існуюча законодавча та нормативна система і відповідне оточення. Більше того, це стосується таких окремих частин системи охорони здоров'я, як ВМД, в якій знову ж таки різні концепції щодо фінансування та планування одночасно впливають на нормативну базу.

Не зважаючи на це, нормативне впровадження української політики ВМД не відображає певних загальних тенденцій, які останніми роками з'явилися в європейських країнах стосовно регулювання ВМД сектору. Зазвичай національні законодавчі акти надають нормативну структуру, що визначає загальні попередні умови для фінансування, планування та надання медичних послуг, тоді як певні умови для кожного постачальника послуг часто виводяться через не законодавчі акти, зокрема – контракти. Однак схоже на те, що українське законодавство в деяких своїх положеннях лишається далекою від конкретики або ж навпаки – надмірно регулятивною<sup>57</sup>. Контрактування, в тому вигляді, в якому воно існує, швидше не отримує підтримку, а руйнується законодавством (Див. наступний розділ).

Нещодавні реформи лікарняного сектору європейських країн також вказують загальні тенденції, які впливають на регулювання даного сектору, включно з просуванням автономії постачальника послуг, регіональної участі в плануванні лікарні, інтеграцією приватного сектору в процес надання послуг та запровадженням механізмів, які повинні ефективно використовувати потенціал управління лікарнею.

Хоча поточна політика України в сфері охорони здоров'я полягає в формуванні реформаторських кроків задля участі в кількох з перелічених тенденцій, нормативне запровадження все ще відстає. Так наприклад, в Україні діє близько 15 постійних програм національного рівня, вдосконалених відповідними законодавчими актами, які також слугують основою для планування та фінансування. Однак не зважаючи на той факт, що деякі з вищезгаданих програм було впроваджено після 2004р., лише одна з них повністю відповідає процедурним вимогам законодавства<sup>58</sup>.

Більше того, аналіз законодавчих актів, які стосуються планування та фінансування охорони здоров'я населення, вказує на значні недоліки в нормативній базі та прозорості

<sup>57</sup> Див. «Коментарі до Основ законодавства з охорони здоров'я» та «Нормативно-правова база майстер-планування в Україні»

<sup>58</sup> (Всеукраїнська програма боротьби з туберкульозом на 2007-2011рр.)

відповідних процедур і компетенцій, а також на відсутність комплексного підходу до майстер-планування<sup>59</sup>.

Нормативна структура не надає чіткого визначення ПМД, ВМД та високоспеціалізованої медичної допомоги, і не виявляє підтримки впровадженню ефективної системи направлення серед даних рівнів послуг<sup>60</sup>. Це не дозволяє чітко розрізнити дані категорії та встановити ефективну систему направлень між даними рівнями послуг, яка могла б підтримати ефективне планування та фінансування.

На додачу до цього, існуюче законодавство не підтримує скорочення існуючої мережі державних ВМД закладів (Ст. 49 Конституції України). Питання щодо можливого перетворення таких установ в «заклади соціальної допомоги» все ще чітко не вирішене і потребує чіткого прояснення<sup>61</sup>. Це гальмує будь-які ефективні ініціативи щодо реструктуризації мережі медичних закладів, спрямованої на потреби пацієнтів.

Більше того, чіткий розділ між державними замовниками та постачальниками медичних послуг не підтримується законодавством. Хоча принципово воно підтримує запровадження контрактних відносин між державним замовником та державними постачальниками послуг, включаючи зокрема і медичні послуги<sup>62</sup>, чіткої відповідальності для місцевих управлінь охорони здоров'я (області, району, міста), як державних замовників<sup>63</sup>, все ще не встановлено.

Одною з основних нормативно-правових проблем на шляху вдосконалення управлінської практики є Стаття 49 Конституції України, яка забороняє скорочувати кількість існуючої мережі державних закладів ВМД. Хоча Конституційний Суд України не надав жодних офіційних тлумачень даного положення, відповідно до існуючої загальної думки: це зовсім не означає, що можна бути закрити чи навіть реорганізувати заклад соціальної допомоги. Приймаючи до уваги електоральні ризики та інші потенційні політичні недоліки, у жодних представників влади національного, обласного чи місцевого рівня або ж політичних партій не має активного бажання подавати таке питання на розгляд Конституційного Суду чи приймати рішення стосовно прийняття відповідних поправок до Конституції. В результаті такого дефіциту політичної волі існуюча структура мережі ЛПЗ не може оптимізуватись чи плануватись у відповідності до медичних потреб населення, а будь-які можливості ефективнішого планування мереж ЛПЗ, які можна знайти в інших законах (наприклад, Закон про місцеве самоуправління в Україні; Закон про місцеву державну адміністрацію; Цивільний, Господарський та Бюджетний Кодекси України) не використовуються. Це також складає основну проблему ефективної інтеграції медичних та соціальних послуг. Деякі інші недоліки нормативно-правової бази здійснюють значний вплив на ситуацію (наприклад, відсутність чітких юридичних визначень понять ПМД, ВМД та високоспеціалізована медична допомога, відсутність чіткої системи направлень та чіткого розділу між даними рівнями допомоги, надзвичайно суперечлива та спірна таксономія медичних закладів затверджена МОЗ, яка гальмує функціональну реорганізацію їх існуючої структури, тощо).

Подальші недоліки національного законодавства, про які зазвичай не згадують, значним чином гальмують можливості управлінської практики на (i) вдосконалення послуг на рівні ЛПЗ задля надання певних інших альтернатив; (ii) чіткий розділ між постачальником/замовником послуг; (iii) запровадження активного державного контракування медичних послуг; (iv) запровадження нових нагальних механізм оплати, орієнтованих на результати та визначення лише механізму постатейної бюджетної оплати для всіх постачальників медичних послуг, які використовують державні ресурси фінансування. На додачу до цього, українське законодавство не надає чітких чи

<sup>59</sup> Див. окремий аналіз «Нормативно-правова база майстер-планування в Україні»

<sup>60</sup> (Ст. 6, 34, 35, 38 Основ законодавства з охорони здоров'я України).

<sup>61</sup> (Розділ 30 Ст. 26 Закону про місцеве самоврядування в Україні; Розділ 1 Ст. 19 Закону про місцеві державні адміністрації; Ст. 93, 101, 104 Бюджетного Кодексу України)

<sup>62</sup> (Тимчасові обмеження державних закупівель затверджені Постановою КМУ від 28 березня, 2008р. № 274.)

<sup>63</sup> . (Стандартний статут обласного управління охорони здоров'я прийнятий Постановою КМУ від 20 грудня, 2000р. № 1845); Стандартний статут районного управління охорони здоров'я прийнятий Постановою КМУ від 28 листопада, 2007р. № 1364).

відповідних можливостей підвищення рівня автономізації державних ЛПЗ. Таким чином, з одного боку, у відповідності до Цивільного і Господарського Кодексів України, а також закону про місцеве самоуправління в Україні, існуючі ЛПЗ зі статусом бюджетних установ можуть реорганізовуватись в ефективніші та більш автономні юридичні особи зі статусом державних (комунальних) некомерційних підприємств рішеннями місцевих рад, але з іншого боку, певні положення податкового законодавства (Закон про оподаткування підприємств, Закон про плату за землю) не надають підтримки рішенням місцевої влади, які ставлять за мету зміну юридичного статусу комунальних ЛПЗ в державні підприємства. Більше того, українське законодавство не надає можливостей запровадження укладання контрактів з персоналом, які потрібні для незалежного та ефективного кадрового управління. Одною з перепон автономізації державних ЛПЗ також є надзвичайно обмежені можливості для появи гнучкого і ефективного планування кадрових ресурсів та внутрішньої організаційної структури через стримуючі положення Закону МОЗ № 33 від 23 лютого 2000р.

## **2.7 Системи забезпечення якості ВМД в Україні**

### **2.7.1 Забезпечення якості медичних послуг**

Чіткої системи повного управління якістю (тобто, систематичного аудиту та контролю процесів та результатів в рамках розробленої програми покращення якості пов'язаної з організаційною взаємодією і/або навчанням персоналу) в державних лікарнях не існує. Проводяться певні заходи і результати, збираються певні дані, проте це не живить жодного ітераційного циклу покращення якості в межах закладу чи системи ВМД в цілому. Клінічний аудит та використання доказових індикаторів якості в рамках клінічної політики не практикується, за виключенням дуже ізольованих прикладів, і такі приклади радше стосуються приватних, а не державних лікарень.

В системі забезпечення якості медичної допомоги в Україні слід виділити наступні проблеми:

#### ***Ліцензування медичної практики:***

Закон про ліцензування стосується приватних, але не державних і муніципальних закладів охорони здоров'я, а сам процес ліцензування не є прозорим. Якщо термін «лікувально-профілактичний заклад» не є чітко визначеним, медичні працівники, які ведуть приватну практику, можуть уникнути контролю якості своїх послуг. З іншого боку, приватні ЛПЗ дискримінуються в тому плані, що не мають права видавати документи щодо тимчасової втрати працездатності чи виписувати наркотичні і психотропні препарати, що обмежує їх права на виконання певних операцій.

#### ***Акредитація лікувально-профілактичних закладів:***

Протягом першої хвили акредитації жодний з закладів не провалив даного іспиту, а такі результати дають можливість припустити, що акредитація – це надзвичайно суб'єктивний процес, який може відображати брак адекватного навчання експертів в комісіях з акредитації. Не зважаючи на той факт, що перші національні стандарти державної організації отримали високу оцінку спеціалістів, вони вже застаріли і потребують внесення змін та поправок. Акредитації медичних закладів також бракує задачі та критеріїв незалежного аудиту.

#### ***Атестація медичного персоналу:***

Відсутність чітких критеріїв оцінки професійної якості роботи лікарів та медсестер дозволяє приймати суб'єктивні рішення протягом атестації. Існуючі система атестації дозволяє лише незначним чином підняти зарплату після проходження даного процесу, а тому сама по собі практично не мотивує людей до подальшого розвитку професійних навичок. Процес атестації також не контролюється існуючими медичними органами самоуправління.

### **Стандартизація медичної практики:**

Існуючий ієрархічний та багаторівневий підхід до оцінки медичної якості не є ефективним та потребує значних витрат. Велика кількість обмежених ресурсів витрачається на контроль ефективності роботи та займає забагато часу медичних працівників, практично не впливаючи на загальну якість роботи. При розробці стандартів слід звернути увагу на те, що вони повинні бути легкими в розумінні та можуть використовуватись лікарями. В той же час слід використовувати технології, ефективність яких було доведено науковими методами. Медичні стандарти мають затверджуватись професійними асоціаціями в координації з Міністерством охорони здоров'я. Медичні працівники мають обмежений доступ до інформації щодо «доказової медицини», так як для цього не існує адекватного ресурсного центру. Таким чином, якість медичної допомоги в Україні в даний момент не є значним компонентом політики щодо охорони здоров'я, а Україна зараз не має цілісної стратегії управління якістю охорони здоров'я.

#### **2.7.2 Регламенти контролю фармацевтичних препаратів**

Якість та вчасне надання медичної допомоги – це характеристики, які залежать від стану медичного обладнання та доступності фармацевтичних препаратів. Наявність сучасного обладнання та надійних ліків дозволяє медичним працівникам професійно виконувати свої обов'язки у відповідності до передових стандартів. В 2000 році в Україні було створено Державний департамент з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів та виробів медичного призначення.

Центральний формулярний комітет було створено за наказом МОЗ від 18.04.08 задля дотримання якості та ефективності, а також раціональної фармацевтичної терапевтичної практики. Перший національний комплект Формулярних рекомендацій також знаходиться в процесі розробки.

Заради забезпечення прав громадян на медичну допомогу, держава зобов'язана забезпечити доступність основних медичних продуктів та захист громадян в групах і категоріях населення на випадок шкоди здоров'ю від використання певних видів ліків. Вона також забезпечує певні групи та категорії населення певними концесіями та гарантіями стосовно фармацевтичної сфери. Державна політика даній цієї сфері обертається навколо державного контролю даного питання, Верховною Радою України, Кабінетом Міністрів України та іншими міністерствами і управліннями, як відповідальними органами влади (Стаття 4 Закону України «Про лікарські засоби»).

Задля раціонального використання незначних фінансових ресурсів в державній системі охорони здоров'я був прийнятий наказ МОЗ, який затверджує перелік фармацевтичних товарів внутрішнього та імпортного виробництва, які можуть купуватись за бюджетні кошти. Існує Національний перелік основних (життєво необхідних) лікарських та медичних засобів, який базується на Постанові Кабінету міністрів України №400 від 29.03.2006. Однак на даний момент українські виробники фармацевтичних товарів можуть забезпечити лише 30-35% від необхідного об'єму та номенклатури, тоді як відповідно до міжнародних стандартів країна може вважатись повністю незалежною, якщо рівні самостійного забезпечення в медичній галузі становлять не менше 60-70%.

#### **2.7.3 Медичні технології**

На сьогодні рівень фізичного та морального старіння обладнання в установах МОЗ становить 60-70%, що потребує поступового переобладнання. Приблизна вартість таких робіт становить 1 млрд. грн.; однак сума визначена Державним бюджетом в 3-4 рази менша. Україна 111<sup>та</sup> з 191 учасників в переліку країн з найвищим рівнем витрат на душу населення на охорони здоров'я. З огляду на це, держава неспроможна виконати вимоги установ ОЗ щодо імпортування сучасного технічного обладнання. Як наслідок, затверджена «Концепція Державної спеціальної науково-технологічної програми розвитку медичної промисловості в Україні, 2006-2010» визначає рішення у зверненні до виробництва місцевими компаніями, продукти яких набагато дешевші за імпортні примірники аналогічної якості.

Проводиться Державна реєстрація медичного обладнання, роблячи внески до контролю за використанням такого обладнання в медичних закладах (Наказ МОЗ №158 від 09.07.93). Було прийнято «Регламент щодо Державного реєстру виробів медичної техніки, які дозволені до застосування в Україні». Було затверджено наказ МОЗ від 07.07.2003 «Про порядок проведення клінічних випробувань медичної техніки і виробів медичного призначення та експертизи матеріалів клінічних випробувань».

Розширення номенклатури медичного виробництва для заміни критично важливих імпортованих товарів – це стратегічна задача для внутрішніх виробників медичних товарів. Близько 250 компаній різної форми власності задіяні в розробці та виробництві медичного обладнання. Асортимент медичних продуктів вироблених в Україні за останні роки зріс з 740 до більш, ніж 1700 найменувань.

Прийнята Державна програма розвитку української медичної промисловості на 2006-2010 націлена на підтримку створення конкурентноспроможного медичного обладнання для закладів МОЗ, технічного переоснащення всіх сфер та галузей охорони здоров'я. Таким чином, частка вітчизняного медичного обладнання в українських ЛПЗ може зрости на 40-50%, знижуючи частку критично важливого імпорту та створюючи придатні умови для розвитку внутрішньої промисловості.

Постанова Кабінету міністрів №427 від 05.5.97 ратифікує «Перелік медичної техніки вітчизняного та імпортованого виробництва для основних потреб українських медичних закладів та установ, які частково чи повністю фінансуються з Бюджету» для забезпечення ефективного використання бюджетних коштів в сфері охорони здоров'я та надання підтримки вітчизняній промисловості.

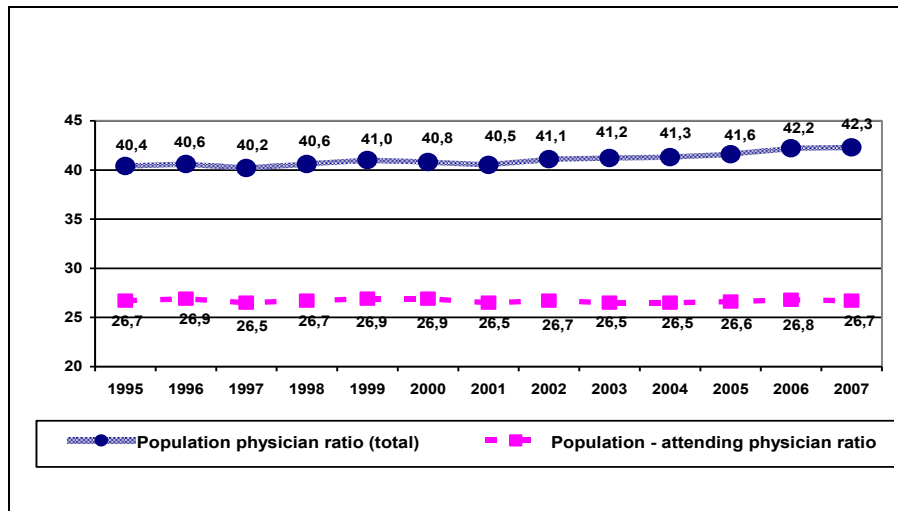
## **2.8 Кадрові ресурси в Україні**

### **2.8.1 Поточний стан кадрів ВМД сфери в Україні**

Поганому стану кадрових ресурсів в Україні існує два пояснення: (1) суворість існуючих норм щодо прив'язки зарплати персоналу до кількості лікарняних ліжок, (2) відтік кваліфікованих лікарів та медсестер до Росії та країн Західної Європи через рівень зарплатні та непривабливі кар'єрні перспективи чи низький статус професії в Україні. Третій фактор пов'язаний з низькою платнею для медичних робітників, і він взаємодіє з тим фактом, що по закінченню медичних вузів значна кількість спеціалістів не продовжують медичної кар'єри, а переходять у інші сфери діяльності (бізнес чи праця в немедичних сферах).

Дані щодо рівнів зайнятості лікарів та середнього медперсоналу в різних типах ЛПЗ, які надають стаціонарне лікування, подані в Додатках. Брак мотивації для переїзду в сільську місцевість також означає кращий рівень забезпеченості працівниками в обласних та міських лікарнях, а найгірші випадки типові для дільничних лікарень. Те ж стосується і первинної медичної допомоги.

В 2007р. медичні установи в сільській місцевості надавали місця роботи для 54,504 лікарів з тенденцією до спадання в 815 чоловік з 2005 (1.5%). Частка лікарів на 10,000 населення в сільській місцевості складала 25.7 в 2007 (25.4 в 2005). Серед всього іншого це призвело до зменшення кількості дільничних лікарень (609 в 2007 в порівнянні з 668 в 2005). Укомплектованість лікарями, які є фізичними особами, складала 72.5% (74.7% в 2005). Більше того, 6 дільничних лікарень не мали жодної зайнятої посади лікаря в 2007р. (3 лікарні Чернігівської області, по одній лікарні в Одеській, Дніпропетровській та Черкаській області).



Графік 2-5: Забезпеченість лікарями по відношенню до загальної кількості населення в динаміці (на 10,000 населення)

Загальна кількість кваліфікованого молодшого медичного персоналу включала 62,184 чоловік пенсійного віку (14.4%).

### 2.8.2 Кадрове управління

Поточний рівень автономії управління в Україні надзвичайно низький. Саме питання компетенції управління (особливо, навичок та вмінь) та їх роль в навчанні головних лікарів все ще дискутується, так як головний лікар не може витратити багато часу на навчання в установі поза межами його/її робочого місця.

Українська модель управління лікарнями загалом базується на вхідних характеристиках (тобто, організована навколо професійної ієрархії медичних професіоналів), де прийняття рішень проходить надзвичайно централізовано (спадок від системи фінансування радянських часів), проте вертикаль влади нечітко виражена (приналежність до місцевих рад та звітність перед регіональною владою). Базуючись на вхідних характеристиках, дана модель характерна організацією медичних професіоналів навколо своїх ієрархій та групових інтересів, а не навколо інтересів зони обслуговування загалом та пацієнтів зокрема. Зазвичай, окрім всього іншого, це призводить до поганого акцентування управління, поганого акцентування на потребах пацієнта, що в свою чергу призводить до уповільнення часу реакції на зміни організації та постійного зростання вартості медичних послуг.

Потік ресурсів в лікарнях керується пунктами бюджетних положень, які встановлюються завчасно фінансовими працівниками. Система існує практично без змін, починаючи з радянських часів, коли початкові рішення щодо розподілу ресурсів в лікарнях приймалися біля ліжок. Такі рішення впливали на дослідження та подальші стандарти щодо кількості персоналу, розподілу, видатків на медикаменти та лікування. Однак, в нинішній ситуації, з визначеними фінансовими ресурсами, така вартісна система зі схильністю до подальшого подорожчання, в світлі останніх технологічних розробок медичної технології та очікувань пацієнтів, не може підтримуватись і надалі. Таким чином, здібності менеджерів лікарні організувати надання послуг за певних бюджетних обмежень, а також за постійно зростаючого тиску стримування видатків, стали найважливішими для головних лікарів та всієї вертикалі структури управління.

Суворі кадрові вимоги залишають менеджерам мало варіантів для дій. Для державного органу не існує можливості запропонувати премію робітникам з навичками, які надзвичайно потрібні, проте загалом мало хто може їх запропонувати. Маргінальна продуктивність певних робітників в державному секторі може бути високою, але державний сектор неспроможний змінити розмір заробітної платні, щоб відобразити такі процеси. В результаті державний сектор часто звертається до таких неформальних переваг, як дешеве житло, доступ до субсидованих кредитів, соціальні привілеї, а іноді – доступ до прибутків від неформальних виплат. Навіть якщо такими перевагами вдається привабити кваліфікованих робітників, результату бракує прозорості.

### **2.8.3 Кадрове планування**

Використання кадрового потенціалу залишається неефективним, і основна причина полягає у необґрунтованості процесу нормування потреби в стаціонарній допомозі населенню. Наказом МОЗ України від 23.02.2000 р. №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» визначається фактично кадрова політика щодо чисельності і забезпеченості лікарями і середнім медичним персоналом закладів охорони здоров'я, що не дозволяє проводити ефективне реформування системи охорони здоров'я. Згідно до даного Наказу МОЗ України штатна чисельність медичного, фармацевтичного, педагогічного персоналу стаціонарних відділень залежить від кількості ліжок, а не обсягу, складності та якості медичних послуг.

Старіння професійних кадрів сфери охорони здоров'я в окремих лікарнях пов'язане з проблемою міграції та неадекватного фінансування, які є пріоритетом для МОЗ України. На рівні закладу низький рівень управлінської автономії не підтримує впровадження та виконання політики утримання персоналу задля покращення ситуації за підходом «знизу-догори».

Зміщення функції адміністрації персоналу до більш стратегічного підходу потрібне, як на рівні установи, так і на національному рівні. Реалізацію даної діяльності покладено на частину з ключових представників МОЗ, які разом з представництвом ВООЗ в Україні започаткували процес моніторингу кадрової ситуації, створивши національний кадровий реєстр з метою використати результати процесу моніторингу в розробці стратегічних ініціатив на майбутнє. На сьогодні практично 80% професійних медичних працівників охорони здоров'я підзвітної МОЗ внесено до даного реєстру. Існують також і плани щодо включення спеціалістів, які працюють в паралельних медичних системах.

### **2.8.4. Нарощування потенціалу**

Вся освіта, тренування та розвиток медичного персоналу планується та керується на національному рівні через існуючу формальну систему до-дипломної та післядипломної освіти. Головні лікарі керують послугами своєї лікарні, а також виконують функції адміністрації по персоналу чи кадрів, і така функція не включає в себе персонального розвитку працівників на рівні закладу чи планування кар'єрних шляхів для окремих працівників системи охорони здоров'я. Існуюча формальна система – це єдиний механізм, який ефективно доступний для МОЗ в визначенні та мінімізації наслідків проблеми міграції персоналу.

## **2.9. Інформаційні та комунікаційні технології в ВМД**

Розвитку ІТ мереж в Україні приділяють багато уваги, і це одна з перших країн СНД, в якій існує законодавча структура для інформаційного простору. Україна прийняла Закони «Про інформацію» (від 02.10.92 №2657-XII) та «Про науково-технічну інформацію» (від 25.06.93 №3322-XII) раніше, ніж будь-яка інша країна СНД. Окрім того, була прийнята значна кількість інших нормативних документів в підтримку інформаційного простору; включно з тими, які стосувались сектору ОЗ. Дані документи визначають об'єднаний інформаційний простір сфери охорони здоров'я, як ключовий елемент для впровадження ІК технологій в медицині. Це, в свою чергу, досягається в комплексі розроблених заходів та їх подальшої інтеграції в єдину мережу.

Однак дані документи характерні наступними недоліками:

- метою є забезпечення внутрішніх інтересів, а не суспільства інформацією, яку воно потребує;
- існуюча концепція ІКТ охорони здоров'я не дозволяє всім виконавчим органам спільно працювати задля виконання поставлених задач;
- існує брак комплексної теоретичної та практичної основи для побудови інформаційного суспільства.
- не існує політичного консенсусу стосовно впровадження ІТ в медицину, і в результаті, місцеві управління охорони здоров'я в кожній області підходять до питання з власної точки зору.

- процес розробки не підтримується адекватним рівнем фінансування та кадрових ресурсів. Сектор також потребує компетентного в питаннях ІТ менеджера середньої та вищої ланки.

В результаті існуючі пакети програмного забезпечення не мають загальної платформи і/або механізму обміну для передачі даних.

Найпоширенішими операційними системами для медичного програмного забезпечення є різні версії MS-Windows. Інструментарій, який використовується для розробки прикладних програм включає в себе Access DBMS, FOX-PRO, DELPHI та ORACLE at .NET.

В Україні близько 10 приватних розробників програмного забезпечення базуються в таких великих містах, як Київ, Дніпропетровськ, Харків, Херсон, Львів, Івано-Франківськ та Одеса, і вони працюють в сфері виробництва програмного забезпечення охорони здоров'я. Такі компанії загалом концентруються на програмному забезпеченні для певних заходів в межах медичних установ.

### 2.9.1. ІТ компоненти, які використовуються в лікарнях

Як правило, в українських лікарнях ІТ компоненти не використовуються в повній мірі через економічну нестабільність, недосконалість законодавства та неадекватну систему мотивації в лікарнях. Наступні програмні компоненти запроваджуються чи вже використовуються в лікарнях вказаних вище:

Функціональність програмного забезпечення	Назва програмного забезпечення та розробника	Головні задачі ПЗ	використовується
Кадрове управління	<b>МедПерсонал</b> Центральна Медична Служба (Черкаси)	Статусна звітність	Обов'язкова програма всіх лікарень України
	<b>Каштан</b> , CIET Ltd (Київ)	Кадрова система	Київ та деякі області України
Системи медичної статистики	<b>МедСТАТ</b> , Центральна Медична Служба (Черкаси)	Статусна статистична звітність	Обов'язкова програма всіх лікарень України
	<b>Медсистема</b> , MedSystemy Ltd (Київ)	Статусна та робоча статистична звітність	Київ та деякі області України
	<b>МедКонтроль</b> , CIET Ltd (Київ)	Статусна робоча статистична звітність, обмін даними, аналіз	деякі області України
	<b>EIPro</b> Ltd (Херсон)	Статусна та робоча статистична звітність	Херсон
	<b>MediaSoftLux</b> MedSoft Ltd. (Івано-Франківськ)	Статусна та робоча статистична звітність	деякі області України
Інформаційні системи лікарень	<b>EIPro</b> Ltd (Херсон)	Підтримка діяльності лікарів в стаціонарах та амбулаторіях.	Херсон
	TherDep (Київ)	Підтримка діяльності лікарів в стаціонарах та амбулаторіях	Київ та деякі області України
	<b>MediFAM</b> , CIET Ltd (Київ)	Інформаційна підтримка лікування пацієнта, медичні звіти	Київ та деякі області України
	<b>Softline</b> Corporation (Київ)	Підтримка діяльності лікарів в амбулаторіях	Київ
	Універсальні інформаційні технології (Київ)	Системний інтегратор MIS	
	Inkom Corporation (Київ)	Системний інтегратор MIS	Київ та деякі області України

Системи сімейної медицини	MediFAM, CIET Ltd (Київ)	Інформаційна підтримка сімейних лікарів	Київ та деякі області України
Системи фінансової звітності	Каштан, CIET Ltd (Київ)	Система бухгалтерської звітності та фінансового аналізу	Київ та деякі області України
	1-С (Росія)	Підтримка бухгалтерії	Київ та деякі області України
	Парус (Київ)	Підтримка бухгалтерії	Київ та деякі області України
Економічно-статистичний аналіз	Cost Accounting, CIET Ltd (Київ)	Розрахунок собівартості медичних послуг та індикаторів активності лікарень	Київ та деякі області України
Інформаційні системи медичної діагностики, для параклініки	Eliks Ltd (Львів)	Рентгенова діагностика, РАСК	Львів та деякі області України
	EIPro Ltd (Херсон)	Підтримка рентгенової діагностики	Херсон
	Tortilla (Київ)	Підтримка лабораторії	Київ та деякі області України

Таблиця 2-9: Пакети програмного забезпечення, які використовуються в ВМД закладах України

### 2.9.2 Програмне забезпечення в пілотних областях

В **Полтавській області**, обласна державна адміністрація, обласне управління охорони здоров'я, обласна рада та управління охорони здоров'я в місті Полтава вкладають багато зусиль в розвиток ІКТ. Встановлюється комп'ютерне обладнання та запускаються інформаційні технології охорони здоров'я. Було проведено створення об'єднаного регіонального інформаційного простору охорони здоров'я з перспективою включення в нього первинних, вторинних та високоспеціалізованих закладів. Обласна концепція з комп'ютеризації закладає фундамент для даної роботи. Програма Обласної комп'ютеризації охорони здоров'я також очікує свого затвердження.

В **Харківській області** обласна влада також обізнана з важливістю комп'ютеризації та підтримки даного процесу. Однак постійні суперечності між обласною державною адміністрацією та облрадою обмежують інвестиційне фінансування ІКТ. Проте в 2007р. була закуплена певна кількість комп'ютерів, яка б дозволила встановити програмне забезпечення для використання сімейними лікарями. Обласні лікарні покладаються на внутрішні джерела фінансування для закупівлі та встановлення інформаційних систем.

В **Житомирській області**, в рамках співпраці з Проектом ЄС «Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я України» вдалося розробити Обласну програму комп'ютеризації. Однак до 2008 року жодних практичних кроків щодо запровадження даної програми зроблено не було. Закупівля та встановлення інформаційних систем в лікарнях фінансується виключно з внутрішніх джерел.

Аналіз показав, що деяким лікарням вдалось досягти вищого рівня розвитку в плані встановлення ІТ шляхом використання різних джерел фінансування. Слід відмітити, що певні з вищевказаних лікарень отримали початкову допомогу в ІТ питаннях від Проектів ЄС, проте їм не вдалось повноцінно нею скористатись.

### 2.9.3 Перепони запровадження ІТ в сфері охорони здоров'я

Серед головних проблем для майбутнього розвитку інформаційних систем в сфері охорони здоров'я слід виділити наступне:

- відсутність в Україні єдиного індикатора для пацієнта та низький рівень комп'ютерної грамотності, особливо на районному рівні;

- відсутність єдиного стандарту обміну даними, який би використовувався всіма медичними закладами та дозволяв би проводити збір, обробку та аналіз даних з різних джерел на національному рівні;
- практично всі пакети програмного забезпечення зосереджено на скороченні робочих зусиль спрямованих на обробку статистичної інформації (500 статистичних та ще 100 звітних форм, які не беруть до уваги форми звітності потрібні внутрішньому управлінню медичних установ), програмне забезпечення не застосовується при прийнятті управлінських та фінансових рішень, як і в плануванні послуг.
- більшість розробників програмного забезпечення в Україні все ще не готові до взаємної інтеграції на основі міжнародних стандартів для ІКТ; саме тому розроблені пакети сильно фрагментовані, а на обласному рівні створюються різні бази даних для вирішення певних нагальних питань, як наприклад, збір, збереження та обробка даних пацієнтів в лікарнях.
- невдача при виконанні важливих кроків до формування національного електронного медичного реєстру, не зважаючи на доступність інформації щодо європейських розробок. Починаючи з 1990р, CEN визначила Електронний медичний реєстр, як одну з найважливіших сфер провадження європейських стандартів. На сьогоднішній день опубліковано вже два покоління стандартів для електронних медичних реєстрів від 1995 та 1999 років. Стандарт CEN «Інформатика в сфері охорони здоров'я. Сервісна архітектура» 1999 року (ENV 12967, загально відомий, як "HISA") ставить за мету розробку модульних відкритих систем для підтримки сфери охорони здоров'я.
- сьогодні проводиться спільна з ISO програма щодо вироблення гармонізованих характеристик Типів даних для головних систем архітектури ІКТ. Некомерційна фундація, *openEHR*, намагається розробити відкриту, високоякісну та технічно доступну для всіх ІКТ в сфері охорони здоров'я (<http://www.openehr.org/home.html>). Європейський та ISO стандарт для ІКТ, CEN 13606, базується на багатьох аспектах дизайнерського підходу *openEHR*. Це могло б стати недорогим способом познайомитись з процесом гармонізації систем ІКТ для України. Держава могла б отримати певні переваги, уникаючи несумісних систем програмного забезпечення.

## 3 Варіанти реформування ВМД в Україні

### 3.1. Загальні міркування щодо варіантів

Невідкладна лікарняна допомога є надзвичайно важливою через непропорційні активи, які вона забирає з бюджету охорони здоров'я. Термін «вторинна медична допомога» охоплює невідкладну та спеціалізовану допомогу, яка не може надаватись на первинному рівні, але не підпадає під третинний. Хоча хороша ПМД система формує основу медичних послуг, ВМД є невід'ємним елементом загальної системи охорони здоров'я та найпоширенішим типом спеціалізованої (лікарняної) допомоги.

Важливо пам'ятати, що єдиної універсальної моделі ВМД, якій гарантовано успіх, не існує, проте є багато успішних моделей, які можуть надавати країні те, що їй необхідно з медичних послуг. Назви таких моделей для різних країн можуть відрізнятися, але важливим питанням лишається рівень, до якого вони мають певну автономію у винесенні рішень. Одним з питань на сьогодні є те, наскільки далеко готовий піти уряд України, щоб дозволити медичним установам, включно з лікарнями загального профілю, провести реструктуризацію задля отримання автономії в процесі винесення рішень разом з певними фінансовими свободами, за допомогою чого можна утримати певні ресурси, які потім використати задля ефективного перепризначення персоналу.

Поступовий розвиток надав поштовх для розвитку моделі надання медичних послуг в тому вигляді, в якому вона зараз працює в усіх індустріалізованих країнах. Так як лабораторії та операційні стали більш спеціалізованими, а технологія візуалізації дорожчою, знадобилось сконцентрувати ресурси в кількох точках. Реструктуризація та нинішня конфігурація лікарень в Європі загалом покладались на розвиток технологій. На той час іншим послугам не надавали багато значення, а відділення невідкладної допомоги стали звичайними, а часто й хаотичними, вхідними точками лікарні, навіть якщо їх пацієнти мали абсолютно різні потреби та реальні місця фінального направлення (наприклад, чисто реабілітаційна допомога чи простий сестринський догляд). В тих країнах, де при лікарнях також працювали амбулаторні клініки, такі клініки повинні були постійно боротись з вимогами, які часто базувались на важливішій роботі, наприклад, стаціонарне лікування, що шкодило амбулаторному лікуванню. Такі ситуації можуть трапитись в будь-якій системі, тож слід вивчити та врахувати їх протягом робіт з майстер-планування в Україні.

Деякі значні види тиску на лікарні в ЄС змушують їх змінюватись.

- *Зміни в системі охорони здоров'я.* Існує тривала тенденція до підвищення спеціалізації, що обмежує вибір умов, які може діагностувати та лікувати пересічний спеціаліст. Персоналу лікарні доводиться приймати більшу кількість пацієнтів, щоб йти в ногу з часом та не забути про власні навички від нестачі їх використання. Натомість, більша кількість пацієнтів потребують більшої кількості населення, ніж те, що раніше обслуговувалось лікарнею.
- *Підвищення спеціалізації.* Одним з наслідків нових режимів навчання та підвищеної спеціалізації є необхідність доступності спеціалізованої команди 24 години на добу. Це потребує набагато більших команд кваліфікованих спеціалістів, ніж раніше, коли команди покладались на практикантів чи інтернів та лікарів загальної практики.
- *Зміни в практиці прийому на роботу.* В ЄС Європейська директива щодо робочого часу та пов'язані з нею правила щодо часу відпочинку, уже значним чином впливають на здатність лікарень наймати відносно незначний персонал.
- *Покращена ефективність.* Лікарні знаходяться під постійним тиском щодо зниження витрат, зокрема через запровадження систем фінансових компенсацій, які базуються на змішуванні клінічних випадків. Існують також ініціативи щодо скорочення витрат шляхом усунення дублюючих послуг та зниження постійних

витрат. Реорганізація господарської діяльності забезпечила менеджерів інструментами для покращення продуктивності та зниження системних витрат. Такі зміни створюють стимули, які дозволяють менше покладатись на будівлі та інші вартісні активи.

- *Якість та об'єм.* Презумпція щодо існування сильних зв'язків між об'ємами та результатами була основним рушієм централізації. Проте чітких доказів такого відношення, окрім відносно незначної кількості спеціальностей, не існує. Більш важливим, вірогідно, є факт *існування* доказів продукування багатопрофільними підходами кращих результатів, а такі координовані зусилля потребують більших команд – хоча в деяких випадках це не вимагає централізації і може натомість досягатись за допомогою клінічних мереж.
- *Безпека та якість.* Лікарні – це місця з підвищеним рівнем ризику. З багатьма пацієнтами не лише трапляються небажані випадки протягом перебування в лікарні, рівень захворюваності на стійкі до препаратів інфекції в таких закладах також зростає. Питання безпеки пацієнтів та результатів лікування стали провідними рушіями прогресу в сфері розробки ліків та зростання ролі клінічного персоналу. Разом з підвищенням складності проведення багатьох видів лікування такі фактори постійно ведуть окремі лікарні до питання щодо продовження надання певних типів спеціалізованих послуг.
- *Технологія.* Розробки в сфері діагностики, анестезії, візуалізації, відео-конференцій, робототехніки та комунікацій перетворюють віртуальні лікарні на чергову альтернативу, дозволяючи надавати лікарняну допомогу у віддалених місцях.
- *Захист споживачів.* Наростаючий авторитет споживачів в Європі провокує тиск щодо покращення організаційного реагування на послуги в сфері охорони здоров'я та інших секторах. Ясно також, що постійно галаслива публіка не бажає бачити значних змін в послугах, які надаються місцевими лікарнями, а також може знайти засоби, щоб опиратись чи навіть стримувати їх. Разом такі типи тиску провокують, як централізацію, так і децентралізацію. Це потребує від політиків радикальних кроків щодо перегляду ролі лікарні, а не простого доповнення існуючих послуг.

Менеджери і адміністратори відділень та лікарень в Україні визнають схожість більшості питань вказаних вище з власним досвідом роботи з факторами, які впливають на роботу лікарняного сектору.

### 3.2. Послуги ВМД

Існує багато прикладів моделей вторинної медичної допомоги в країнах ЄС, які успішно справились з питаннями, що на даний момент для України вважаються критичними. Перевірка сектору вторинної медичної допомоги – це не просте копіювання інструкцій з підходів інших країн, а розгляд можливих конфігурацій структур, які могли б враховувати певні місцеві умови процесу змін в Україні та надати робочу модель, як могла б тут використовуватись.

Вірогідно, розробка моделей вторинної медичної допомоги країн Східної Європи більше підійде для українських умов через нещодавній відхід таких країн від організацій систем охорони здоров'я за моделлю Семашко. Існує одна важлива модель *трастів Національної служби охорони здоров'я Великобританії*, яка важлива тим, що вона не насаджувалась лікарням безпосередньо, а пропонувалась в їх спробах знайти порозуміння з урядом та стати такою організацією (автономним некомерційним трастом) на добровільних засадах.

Для досягнення реальних результатів в Україні необхідно зробити надзвичайно централізовану систему, яка існує на даний момент, більш гнучкою, надавши їй реальні можливості для розвитку послуг на місцях та у відповідності з місцевими потребами, без засилля певних законодавчих актів (наприклад, Наказ № 33) в сфері ефективнішого кадрового призначення. І хоча загально визнаним є факт необхідності усунення чи

радикальної зміни Наказу 33, мало що було зроблено для досягнення даної мети. Одним з рішень може стати *перетворення державних установ на комунальні автономні підприємства з відповідним рівнем свободи у встановленні рівнів комплектації персоналом та відповідності послуг реальним потребам на місцях*. За діючого Цивільного Кодексу України така діяльність можлива.

Наступний крок – це *розробка угод службового рівня та контрактів на послуги між «замовником» (яким може бути обласне управління охорони здоров'я) та «постачальником» послуг відповідно до контрактів по наданню послуг, які не суперечать стандартам роботи на осевої національних стандартів якості*.

*Перегрупування чи реконфігурація послуг в межах стратегічної медичної мережі лікарень на між-територіальному рівні (розвиток так званих госпітальних «округів»), які керуються радою директорів, має дозволити зберегти поточний рівень бюджету для перепризначення персоналу та відкрити можливості для приваблення прибутків через місцевих інвесторів чи платні послуги, які не оплачуються державою*.

У віддаленій сільській місцевості маленьким лікарням може знадобитись підтримка в забезпеченні мінімального рівня доступу. В деяких місцях неможливо буде уникнути складного питання вибору між закладами, а для певних спеціальностей – вибору між якістю та відстанню. Лише певні невідкладні послуги, включно з невідкладною хірургією та приймальним відділенням швидкої допомоги, повинні концентруватись в лікарнях, обслуговуючи значні пласти населення. Інші послуги, включно з відділеннями для незначних травм, поліклініками, діагностикою та реабілітацією можуть лишитись в існуючих лікарнях або ж надаватись більш локально, в дільничних лікарнях та клініках.<sup>64</sup>

Однак ясно, що у відповідності до обласних контекстів можуть знадобитись певні поправки, як протягом фази розробки, так і впровадження.

*Обласні лікарняні мережі зазвичай можуть обслуговувати близько 1 – 2 мільйона населення. ВМД лікарні загального профілю потрібно охоплювати 100,000 – 200,000 населення, і така лікарня може містити 40 – 80 різних внутрішніх (чи зовнішніх) функціональних одиниць, причому всі вони можуть мати спільну внутрішню адміністративну службу підтримки, або ж вона може працювати ззовні (наприклад, бухгалтерський облік, ІКТ та аптеки, кухня та пральня). Це знизить загальні адміністративні витрати, і тоді лікарня може вільно сконцентруватись на своїй основній справі – лікуванні пацієнтів. Вся невідкладна та швидка допомога буде концентруватись в великих лікарняних одиницях ВМД сектору, а базова лікарня зможе надавати послуги невідкладної та швидкої допомоги, операційні, діагностичні послуги та інтенсивну допомогу 24 години на добу, 7 днів на тиждень. Інші частини такої мережі будуть так звані центрами «одної спеціалізації», які будуть концентрувати свою увагу виключно на певних типах пацієнтів (хірургія одного дня, суглобна хірургія, хірургія катаракти) з дуже спрощеними процесами та швидким оборотом*.

На обласному рівні технічна допомога в майстер-плануванні від проекту – це підтримка у нанесенні на карту «госпітальних округів», де межі будуть повторно окреслюватись з огляду на потреби в медичних послугах, а не необхідності аналогу з існуючими адміністративними кордонами. Обласне управління охорони здоров'я відіграє стратегічну роль в спрямуванні призначення постачальників послуг та укладанні контрактів з іншими областями на послуги спеціалізованої допомоги, воно також має ключову вагу в моніторингу стандартів якості. У випадку запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування, роль таких управлінь стане ще важливішою.

Важливою деталлю для успішного проведення реформ буде співпраця *місцевих рад та політиків, таким чином необхідна підтримка у підвищенні рівня партнерства з місцевими органами влади та іншими зацікавленими сторонами в комісуванні та наданні медичної і соціальної допомоги в межах нових мереж медичних послуг чи «госпітальних корпорацій»*.

<sup>64</sup> 'Hospital Reconfiguration' report, IPPR, September 2006

### 3.3. Постачальники послуг ВМД

Базуючись на досвіді ЄС, існує багато методів, які політики можуть та використовували для створення нових типів мотивації в лікарні: *зміна керівництва чи форми власності лікарні*, чи наприклад, *зміна бюджетних формул або механізмів виплат постачальникам*, але врешті решт, мотивація для реформованої лікарні може характеризуватись п'ятьма ключовими елементами:

- *Рівень, до якого були зміщені права на прийняття рішень від ієрархії до лікарні. Реформа може характеризуватись величиною контролю, яку було зміщено від ієрархії чи наглядового органу до лікарні.* Права на прийняття критичних рішень, які були передані управлінню, можуть включати контроль над: вхідними даними, роботою, оглядом діяльності, фінансовим управлінням, клінічною та неклінічною адміністрацією, стратегічним управлінням (формулювання задач для закладу), ринковою стратегією та «продажем».
- *Рівень контакту з ринком, до якого організація може отримувати прибуток від «продажу» послуг.* Ключовий елемент значної мотивації, який намагаються віднайти протягом таких реформ – це рівень прибутку лікарні, який вона може заробити на ринку, а не шляхом безпосередніх впливань від розподілу бюджету. Питання полягає в тому, скільки лікарня надає та продає послуг, щоб заробити такий прибуток. Перші два фактори дають можливість припустити, що менеджери частіше будуть звертати увагу на фінансові питання. Таким чином, питання, на основі яких стратегічно можна заробити більший прибуток, стають критичними. Якщо кращий спосіб заробити прибуток – надавати населенню якісні послуги, то саме таку стратегію і будуть виконувати.
- *Рівень, до якого організація може утримувати підвищення ефективності (це може базуватись на зміні статусу чи системи оплати) та рівень, до якого вона може вільно розподіляти свої прибутки (для функціонування чи інвестицій).*
- *Рівень, до якого організація несе певну відповідальність через неієрархічні інструменти (регламенти, контракти, участь громадськості).*
- *Рівень, до якого «комерціалізуються» соціальні функції (послуги чи продукти, які надаються клієнтам за ціною меншою за реальну вартість), зокрема рівень, до якого вони фінансуються, а не стають «не профінансованим мандатом».*

Керівництво радою правління стосується її законного права керувати організацією. Керівництво – спосіб використання радою свого авторитету в організації; іншими словами – це система чи процес управління справами ради. Існує кілька моделей керівництва. Однак загальним елементом вважається той факт, що кожна рада повинна мати спільне бачення своїх ролей та обов'язків, а також тип організації своєї роботи. Універсального варіанту не існує. Щоб проілюструвати дане визначення, нижче подано чотири приклади:

- Триумвірат
- Агентство
- Управлінський (менеджерський) тип
- Політичний тип

*Триумвірат:*

В багатьох некомерційних компаніях обов'язки по організації їх роботи еволюціонують в тристоронню інтерактивну систему – систему триумвірату – яка складається з ради директорів, керівництва та персоналу. Для ефективної роботи такої системи потрібно, щоб її елементи поділяли відчуття єдиної місії. Центральною функцією ради є підтримка орієнтації на єдину місію, а основним обов'язком – забезпечення, щоб інші елементи системи працювали для виконання даної місії.

#### *Агентство:*

Організація агентства передбачає, що його менеджери схильні діяти у власних інтересах, а не в інтересах «власника» підприємства. В цьому світлі члени ради правління бачать свої функції в контролі поведінки менеджерів. Загалом вони грають роль організатора, забезпечуючи збереження ресурсів організації.

#### *Управлінський (менеджерський) тип:*

З точки зору менеджера, рада правління знаходиться на вершині управлінської ієрархії. Ідеї та практичні рішення від управління також вважаються підходящими і для керівництва – так що членів ради правління слід обирати на основі їх досвіду та контактів, щоб додати певні елементи до процесу прийняття рішень.

#### *Політичний тип:*

Політична чи демократична перспектива для ради правління припускає, що її члени працюють для представлення інтересів одної чи кількох зацікавлених сторін в організації та вираження чи вирішення суперечок між двома зацікавленими групами.

Для ефективного керівництва в рамках кожної з чотирьох вказаних моделей *раді правління знадобиться вирішувати певні ключові задачі*. Рада має розробити «бачення» організації, її «світогляд». Вона має вичерпно визначити базові цінності, які повинна прийняти організація, прогнозувати способи розробки послуг для кращої відповідності місцевим потребам, активувати ініціативну діяльність, сприяти різноманітності думок та єдності в складі ради правління та її думок, визначити загальну базу для дисципліни в своїх межах (наприклад, дотримання задач поставлених в програмі дій) та окреслити роль ради в загальних питаннях. Рада правління несе відповідальність за визначення типу потрібної інформації, вона має балансувати між надмірним та недостатнім контролем (наприклад, ані договори з мокрою печаткою, ані втручання не є вважаються необхідними в повсякденній практиці).

Одним з ключових елементів в процесі переходу має бути *рівень автономії, який присутній в лікарні для повсякденних управлінських завдань*. Будь-яка модель, що не дає певної фінансової свободи, не дозволить запровадити альтернативи для ефективнішої практичної діяльності. На додачу до цього, *традиційна зарплатна система прив'язана до кількості лікарняних ліжок може загальмувати будь-які значущі зміни*.

*Автономія та звітність* завжди мають бути тісно зв'язаними. Якщо автономія управління на рівні лікарні зросла, менеджери мають бути публічно підзвітними (до центрального та місцевого рівня) за використання такої автономії. Цього можна досягти за рахунок *чітких фінансових етичних принципів та звітності в питанні використання активів, що має відповідати центральній урядовій політиці*. Менеджери також повинні прийняти виклик щодо задоволення потреб місцевої громади стосовно *асортименту, кількості та якості надаваних послуг, а також забезпечити, щоб їх організація не виходила за рамки місцевої моделі послуг*. Питання стосовно способу управління лікарнею є надзвичайно важливим, і його також слід включати до дискусій в процесі реформування. Як вже було проілюстровано, існує певна кількість різних підходів, які можуть прийматись, а також відкрито оголошений підхід для українських потреб, який має визначатись в процесі.

Після 1992р. Великобританія почала об'єднувати придатні до цього процесу окремі лікарні в «госпітальні трасти», коли лікарні з різних регіонів зливались в одну організаційну структуру (Hospitals in a Changing Europe; WHO 2002). Британська модель трастів Національної служби охорони здоров'я є хорошим прикладом, так як процес становлення та набування статусу такого трасту проходив для лікарні чи групи лікарень виключно на добровільній основі. Наголос ставився на тому, що місцевий персонал мав розробити власні пропозиції для досягнення такого статусу, а в отриманні переваги від такого статусу входила автономія від центрального контролю з можливістю зберігати за собою надлишкові надходження до бюджету та наймати чи звільняти персонал в рамках своєї універсальної структури. Для України з її традиційною моделлю вторинної медичної допомоги, це було б прийнятним підходом для досягнення реформування з темпами, які були б комфортними для самих лікарень.

### 3.4. Планування ВМД

Використовуючи європейські зміни в якості ввідної інформації, було розроблено запропоновану пілотними областями модель реконфігурації за допомогою підготовчої роботи щодо майстер-планування та спільних дискусій з органами влади в сфері охорони здоров'я обласного рівня, через призму радикальних змін, що є обмеженими в умовах існуючих бар'єрів українського законодавства. Запропонована модель мала б відповідати вимогам щодо покращення медичних послуг та соціальної допомоги в області в цілому, проте чітко зрозуміло, що різні обласні контексти можуть потребувати поправок, як на етапі розробки, так і на етапі впровадження.

В спільній роботі проекту та областей було розроблено критерії для інформування щодо потенційних структурних моделей. Нові структури мали б слугувати чіткій стратегічній меті щодо покращення соціальної та медичної допомоги, зробивши послуги ефективнішими, більш сконцентрованими на пацієнтах та профілактичній роботі, а не стаціонарній чи лікарняній допомозі.

Було розроблено наступні основні критерії для впровадження реконфігурації:

- *Лікарні загального профілю районного рівня* мають обслуговувати населення в кількості щонайменше 100,000 чоловік, таким чином автоматично піднімаючи потребу в реструктуризації їх послуг, підвищуючи рівень одних лікарень та перепрофільовуючи інші.
- *Міжрайонні конфігурації*: районні лікарні, які вже не підлягають вдосконаленню, стануть кандидатами на перехід до постачальників ПМД / амбулаторної допомоги чи спеціалізованих відділень ВМД, які надають певні послуги населенню, що проживає на території більше одного району (наприклад, сестринська допомога для осіб похилого віку, реабілітація, хоспіси), з перенесенням певних спеціалізованих послуг між районними лікарнями для їх ефективнішої концентрації. Не зважаючи на це, існують докази того, що за виконання протоколів, моніторингу стандартів якості, адекватної підтримки та необхідного обладнання менші лікарні можуть надавати пацієнтам такі хірургічні послуги, результати яких можна порівняти з великими лікарнями. Однак слід пам'ятати про всі правила безпеки та засоби швидкого переміщення пацієнтів у невідкладних випадках до більших центрів.
- *Невеликі сільські лікарні* (якщо їх ще не було виведено з експлуатації) слід перетворити на постачальників ПМД послуг, так як вони неспроможні справитись з необхідним об'ємом робіт з невідкладними випадками для підтримки належних професійних навичок, і утримувати такі заклади в статусі ВМД лікарень не є рентабельним. Такі установи можуть функціонувати в якості центрів для лікарів загальної практики чи пропонувати послуги в якості відділення для «незначних травм».
- *Високоспеціалізовані послуги* не можуть і не повинні надаватись в ВМД лікарнях загального профілю. Така допомога ефективніше надається в великих спеціалізованих лікарнях національного рівня, обслуговуючи населення в кількості щонайменше 1 мільйону, і це звичайно більше, ніж розміри області.
- *Немедичні послуги* (наприклад, прання, кухня та інші «готельні» витрати, утилізація медичних відходів, транспорт, тощо) потрібно відділити від медичних та вивести їх назовні, якщо тільки такий варіант буде більш рентабельним та ефективним.

На основі таких думок можна вивести три підходи:

1. Центральна підтримка – робота на національному рівні для забезпечення політичної та нормативної підтримки, а також розробки відповідних змін до реформи в рамках ВМД на урядовому та міністерському рівні;
2. Регіональна підтримка (обласного рівня) – надання технічної допомоги управлінням охорони здоров'я в пілотних областях та обласній адміністрації в

підтримку реконфігурації послуг на обласному рівні;

3. Районна підтримка – допомога в реструктуризації ВМД послуг та закладів в межах та між районами, відповідно до демографії населення та клінічних потреб.

На обласному рівні технічна допомога в майстер-плануванні підтримує розмітку «госпітальних округів», так як їх межі креслять на основі потреб в послугах, які не обов'язково співпадають з адміністративними кордонами. В моделі «округу» одна вдосконалена районна лікарня загального профілю обслуговує принаймні 100,000 населення та має справу з кількома місцевими постачальниками допоміжних чи додаткових послуг, оперуючи чіткими протоколами направлень та виписки для можливої наступної допомоги пацієнтам, які повертаються до громади. Інші районні лікарні в «окрузі» не проходять вдосконалення, проте вони перетворюються на установи іншого типу задля *підтримки надання допомоги в межах громади та продовження надання життєво важливої соціальної допомоги, яку багато з них і так вже надають*. Обласне управління охорони здоров'я відіграє *стратегічну роль в керівництві розподілом постачальників послуг*, укладанні контрактів з іншими областями задля спеціалізованих медичних послуг, а також ключову роль в моніторингу стандартів якості. «Госпітальні округи» отримують переваги від централізації, проте між постачальниками послуг можуть виникати тертя внаслідок конкуренції.

Поєднання кількох лікарень у вигляді «округу» в межах певної географічної території для охорони здоров'я – це практичний крок вперед, який вже розглядається пілотними регіонами. Це дозволяє повторно розмітити межі у відповідності до потреб тої чи іншої території, і це не буде суперечити існуючим нормативним актам. За моделлю госпітальної території, не існує вибіркового вдосконалення одної районної лікарні по відношенню до іншої, проте між лікарнями відбувається передача послуг, так що кожна лікарня може сконцентруватись на певних послугах, спеціалізуючись на тому чи іншому напрямку в межах одної території, зберігаючи за собою певні загальні ВМД функції. ПМД послуги взаємодіють з такими лікарнями у відповідності до типів надаваних послуг. В рамках такої моделі рада правління чи загальні збори керують «федерацією», утримують бюджет такої федерації, проте звітують перед обласним управлінням охорони здоров'я щодо відповідності стандартам якості та ефективності роботи. Така модель значно нагадувала б модель Трасту розроблену в Великобританії, де подібна конфігурація послуг продемонструвала рентабельність та високий рівень реакції на потреби пацієнтів та тих, хто надає їм медичні послуги. Кожній «госпітальній території» доведеться заохочувати активну діяльність спеціалістів, лікарів загальної практики, представників соціальних служб, управління охорони здоров'я (обласного рівня), середнього медичного персоналу та інших медичних працівників (наприклад, стоматологів, фізіотерапевтів), а також представників громадськості задля надання найдоцільніших послуг пацієнтам на певній території та зниження нерівності в доступі до медичних послуг.

В будь-якому випадку знадобиться *розподіл «постачальник-замовник»* задля просування якості та стандартів шляхом внутрішньої конкуренції. Співпраця місцевих рад та політиків буде важливою для запровадження реформаторських змін, таким чином проект допоможе в процесі вдосконалення партнерства з місцевими органами влади та іншими зацікавленими сторонами в комісуванні та наданні медичної і соціальної допомоги в межах «госпітальних округів» чи «госпітальних федерацій».

Хоча дане питання детально ще не досліджувалось, створення *Виконавчого комітету, який би займався питаннями комісування, управління ефективністю роботи та її покращення*, було б необхідною складовою частиною майстер-планування для областей. Такий Комітет ніс би фінансову відповідальність за комісування послуг.

Питання, на які слід звернути увагу в рамках пілотного моделювання – це кадрове управління та зміна управління на всіх рівнях. В поєднанні з роботою по майстер-плануванню було проведено огляд управлінських навичок протягом підготовки навчальних програм з управління медичними службами для головних лікарів та обласного персоналу, протягом роботи з основними медичними закладами післядипломної освіти України та кадровим відділенням МОЗ.

### 3.5. Фінансування ВМД

Існує постійний дисбаланс між наявністю державного фінансування та потенціалом лікарняних послуг. Небезпека сучасного суспільства, члени якого вимагають якісної медичної допомоги, полягає в тому, що вартість таких послуг не завжди може виправдати отримані результати. Однак на сьогодні в країнах ЄС залишається загальне визнання принципів солідарності в фінансуванні сфери охорони здоров'я, навіть якщо пацієнту спроможному собі дозволити подібні витрати доводиться платити більше шляхом особистих внесків з власної кишені чи (за правилами медичного страхування) через страхові внески.

В системах охорони здоров'я базованих на страхуванні значних змін методів та принципів фінансування навряд чи можна очікувати. Таким чином, зміни радше будуть з різницею, чи радше наростаючими, а не фундаментальними. Положення в системах, які базуються на оподаткуванні, відрізняється в тому сенсі, що в них існує можливість переходу до страхових внесків, в яких приватні обов'язкові чи добровільні внески можуть становити достатньо велику частку, знижуючи таким чином фінансове навантаження на державу, проте згодом підвищуючи його для окремих пацієнтів. За поточного високого рівня інфляції та низької заробітної платні навряд чи багато хто в Україні може собі дозволити добровільне приватне страхування, особливо те, яке охоплює послуги хірургії та медицини. Однак зростаюча кількість «Лікарняних кас» (найкраще даний приклад ілюструється в Житомирі) показує, що люди готові платити незначний регулярний внесок, щоб отримувати дешеві ліки та певні основні діагностичні тести і процедури.

При розробці фінансування ВМД для України існує потреба у визначенні типу механізму виплат. Базовий підхід для покращення якості системи охорони здоров'я – це використання фінансової мотивації за допомогою нових методів виплат для лікарень. Типи виплат та їх вплив на потік пацієнтів має відповідати медичним потребам населення. В кожній системі розрахунків є власні переваги та недоліки, які слід збалансувати по відношенню до старої системи. Навіть якщо система розрахунків порівняно проста, моніторинг все одно може бути комплексним. Важливо, щоб постачальники послуг користувались схожими інформаційними системами для забезпечення відповідності якості даних. *Платіжні системи, прості чи складні, ніколи не можуть стати альтернативою ефективному плануванню.* Досвід інших країн дозволяє припустити, що постачальники послуг можуть використовувати навіть найбільш комплексні системи. Ті лікарні в Україні, які мають автономний статус некомерційних комунальних підприємств, заключили договори щодо надання медичних послуг у вигляді блочних контрактів. З *блочними чи подушними виплатами* постачальник зобов'язується надавати одну чи більше послуг вказаній групі населення за фіксовану суму на душу населення. Даний контракт ефективно переносить фінансовий ризик від замовника до постачальника. Постачальники мають обслуговувати таку кількість пацієнтів, яку вони розраховують для потрібного рівня фінансування. Як *реструктуризовані* автономні некомерційні комунальні підприємства, такі лікарні отримують глобальний бюджет.

Глобальний бюджет може визначитись виплатою певної суми, яка покриває загальну вартість послуг наданих протягом певного часу. Зазвичай постачальник має покривати будь-які збитки, хоча він також може й дещо економити. За бюджетної системи постачальник та споживач дещо ризикують через підвищений/занижений рівень захворюваності або неочікувані зростання вартості.

Глобальний бюджет може застосовуватись універсально, і його легко запровадити. Глобальний бюджет створюється на основі суми попередніх статей видатків. Попередні бюджетні статті видатків, які були суворо організованими та не дозволяли проводити взаємні заміни між ними, було замінено глобальним бюджетом. В системі Семашко переміщення ресурсів між різними статтями бюджету було неможливим, а бюджетні видатки мали витрачатись до кінця року для того, щоб їх не скоротили на наступний. Основний підхід постатейного бюджету – це максимальний контроль над споживанням ресурсів охорони здоров'я та мінімальна індивідуальна економія. Постатейні бюджети не заохочують ефективності. Неефективність системи Семашко загалом можна списати на

постатейні бюджети. Не існувало жодної мотивації для платників, постачальників та замовників, що дійсно вело їх до більш раціональних рішень щодо способу використання ресурсів. Домінуючою метою глобального бюджету є встановлення ліміту на видатки охорони здоров'я та гарантування фіскальної стабільності для державного замовника послуг.

Модель територіальних госпітальних округів охоплює значні пласти населення і може мотивувати конкуренцію між постачальниками послуг в системі, де контракти підписуються на основі якості еквівалентних послуг автономних постачальників з автономними бюджетами.

Очевидно, що в майбутньому фінансування лікарень в Україні буде базуватись, як на бюджеті, так і на прибутках, що базуються на результатах діяльності визначеної прогнозованими рівнями виплат (наприклад, групи схожого діагнозу). Проект проведе пілотне тестування запровадження системи груп схожого діагнозу. Бюджетне фінансування може включати такі елементи, як інвестиції в нерухомість (на основі обласних планів), інвестиції в обладнання та технології (на основі стратегічних планів лікарні чи «округу») чи загальні послуги (наприклад, послуги швидкої допомоги для обслуговуваного населення). Воно також може включати окрему статтю для навчання та (клінічних) досліджень на основі кількості студентів-медиків та дослідницьких програм.

Існує ще одна сфера, на яку слід звернути увагу МОЗ та обласним управлінням охорони здоров'я. Це стосується залучення широкомасштабних інвестицій за спільними фінансовими домовленостями з міжнародними інвестиційними організаціями чи компаніями (державно-приватне партнерство); однак управлінські та організаційні навички для провадження такого комплексного процесу все ще знаходяться в зародковому стані. Ані ІКТ, ані бухгалтерські системи недостатньо розвинені для успішного управління дуже комплексними процесами.

### **3.6. Якість ВМД**

Механізми контролю та покращення якості, які за останні роки набули значної популярності, очікувано будуть відігравати важливу та постійну роль в майбутньому, в намаганні послабити нерівність в сфері охорони здоров'я та підвищити якість надаваної допомоги.

Як вже було зазначено вище, значної системи управління якістю в Україні сьогодні не існує, якщо не брати до уваги окремі приклади з приватними лікарнями і в дуже незначній кількості прогресивних обласних лікарень. Якість клінічної допомоги не надається у відповідності до перевірених індикаторів якості, вона базується на традиційних інструкціях (які можуть в свою чергу базуватись на експертній оцінці головних спеціалістів чи перекладах рекомендацій з інших країн). Система управління якістю стане важливою в тому випадку, якщо буде запроваджене медичне страхування, так як з постачальниками, які можуть надавати рентабельні проте якісні послуги при демонстрації мінімальних стандартів професійної допомоги через незалежний аудит та дослідження ефективності роботи, будуть неминуче укладатись контракти.

Якщо Україна висловила бажання наблизитись до європейських систем, для її служби охорони здоров'я надзвичайно важливо офіційно визнати різні значення та правові наслідки таких термінів, як «стандарт», «клінічні рекомендації», «клінічні протоколи», « маршрут пацієнта» та «індикатори якості», а також аудиторію, для якої вони призначені. Проект надає підтримку робочій групі МОЗ в її спробах чітко визначити термінологію та затвердити систему розробки національних стандартів та зробити перші кроки до політики управління якістю в ВМД.

На додачу до цього, Україні доведеться розглянути можливість створення *органу незалежного моніторингу з компетенцією нагляду за якістю медичних послуг*, який би звітував не перед МОЗ, а перед урядом України. В Великобританії новий Білль щодо медичної та соціальної допомоги створив Комісію якості допомоги, яка стане новим інтегрованим регулятором соціальних та медичних послуг для дорослого населення, зводячи разом існуючі медичні та соціальні регулятори в один регулятивний орган, який

наділено новою владою для підтримки безпеки та високої якості послуг. Схожі регулятивні органи існують і в інших країнах ЄС з добре розвиненими системами якості охорони здоров'я, хоча вони й можуть мати різну внутрішню організацію.

На якість допомоги у вторинному секторі України буде значною мірою впливати розмір ВМД лікарень, який в Європі базується на населенні в кількості від щонайменше 100,000 до 250,000 чоловік. Важливою причиною такого питання може стати вплив на послуги, які можуть надаватись, економія в масштабах та використанні дорогих закладів та медичного обладнання, незалежність багатьох спеціальностей та потреба надавати послуги сім днів на тиждень цілодобово. Таким чином критичною для надання сучасних ВМД послуг високої якості стає реформа лікарняних послуг на районному рівні.

Однак не зважаючи на тип реформ, які проводяться в регіонах, їх все одно стосуються принципи системи управління якістю, а *ключовою метою лишається забезпечення процесів постійного вдосконалення, які розробляються для сфери послуг*. Система потребуватиме досяжних та доступних стандартів, і швидше за все сконцентрується на запровадженні рекомендацій та внутрішнього клінічного аудиту на місцевому рівні, а можливо й визначатиме кілька важливих стандартів з зовнішнім організаційним аудитом на національному рівні. Дана система з часом повинна еволюціонувати задля надання підтримки в процесі реформування.

Процес вдосконалення якості ВМД потребуватиме використання двох комплектів інструментів, тобто, *показників результатів* для охоплення інформації, яка може бути пов'язаною з загальним рівнем якості для певної лікарні чи послуги, і *показників процесу*, які дозволять менеджерам вдосконалити якість послуг чи допомоги в певних відділеннях або певному персоналу, який буде працювати точніше та реагувати швидше.

### **3.7. Кадри ВМД**

Виклик, який на даний момент кинуту сфері охорони здоров'я України, чітко сигналізує про потребу в стратегіях з найму та утримання персоналу, а також розвитку більш комплексних *управлінських навичок*. В той час як в минулому хороших клінічних навичок, разом з певним рівнем навчання в організації охорони здоров'я, було достатньо для керівництва медичним закладом, тепер ставиться вимога щодо серйозніших можливостей в таких сферах, як формулювання та впровадження стратегії, бухгалтерія і фінанси, переговори та комунікативні таланти, лідерство, маркетинг та управління кадрами.

Досвід країн ЄС показує, що шлях до прогресу полягає в *розширенні автономії постачальників медичних послуг*, разом з більш вивіреними механізмами звітності та відповідальності, орієнтованих на результат. Не зважаючи на те, чи залишаться керівні посади за лікарями, слід очікувати вливання нових (немедичних) професійних працівників в сферу управління охороною здоров'я, як прямий наслідок попиту на нові ролі та обов'язки, особливо в інвестиційному плануванні. В більшості бухгалтерів сфери охорони здоров'я України недостатньо навичок, які б дозволили їм ефективно працювати з «комплексними перевірками», які проводять сучасні банки перед тим, як давати позику. Вже зараз представники новосформованих приватних медичних компаній сигналізують про проблеми з пошуком кваліфікованого персоналу, який володіє сучасними управлінськими навичками та розумінням певних проблем в медичній сфері.

Частково через такі зміни попиту, продовжує мінятись і сторона пропозицій, в якій нові освітні установи крокують вперед задля надання ринкових послуг в сфері *управління охорони здоров'я*. Потреба в отриманні ліцензії від Міністерства Охорони Здоров'я задля забезпечення визнання наукових ступенів та сертифікатів, а також дотримання стандартної програми навчання визнаної МОЗ вважаються серйозними бар'єрами для конкуренції, захищаючи існуючі освітні заклади. Проте слід сказати, що кількість ліцензованих постачальників управлінського навчання для системи охорони здоров'я вже зростає, а інші інвестують в даному напрямі, наприклад, започатковуючи основні (бакалаврські) програми вищої освіти для управління в сфері ОЗ або ж спільні програми з іноземними партнерами.

Якщо досвід країн ЄС допоможе окреслити майбутній підхід для України, ми швидше за

все станемо свідками відміни регулювання даної сфери, наприклад, шляхом відміни стандартної програми навчання та ліцензування програм, базуючись на їх функціях, а не закладах, що їх пропонують. Певний рівень «маркетизації» також не виключається, принаймні з середніми строками та зі зростаючою часткою надходжень до навчальних закладів від учнів чи їх роботодавців, а також скороченням частки урядових трансфертів. Конкуренція в такому новому оточенні концентруватиметься на трьох величинах: ціна, престиж навчального закладу та (все більше і більше) додана вартість стосовно нових управлінських навиків, ефективно переданих учням.

### **Нагальні потреби навчальних закладів.**

В нових умовах докладно описаних в попередніх параграфах навчальним закладам доведеться зіткнутися із справжнім викликом, так як тепер працювати потрібно не в субсидованих умовах з сертифікатами, які вимагаються для кожного менеджера охорони здоров'я, не зважаючи на зміст навчальних програм. Тепер робота продовжиться в ринкових умовах, де ціну професійним послугам будуть встановлювати попит та пропозиція.

Сам ринок, швидше за все, буде еволюціонувати в двох напрямках: націлюючись на лідируючі престижні заклади, які пропонують ринкові вартісні програми для окремих учасників; та ті заклади, які пропонують стандартні субсидовані програми низької вартості великій кількості учасників, які більше зацікавлені в атестації, а не нових навиках. Само собою, що кращі вчителі будуть зосереджені в тих закладах, які загалом обслуговують перший сегмент, де заробітна платня та професійне задоволення буде на значно вищому рівні.

Існуючі навчальні заклади, які вже заробили собі певний рівень престижу протягом своєї історії, в ринкових умовах отримають змогу вимагати більше, ніж їх новостворені конкуренти, проте вони мають забезпечувати реальну додану вартість своїх послуг учням, бо в іншому випадку авторитет може з легкістю розтанути. Для забезпечення такої цінності своїх послуг, а отже і певного рівня серед передових постачальників послуг з вдосконалення методів управління, навчальні заклади повинні мати змогу займатись трьома взаємопов'язаними видами діяльності:

- *Розвиток відповідних знань в сфері управління охороною здоров'я.* Здатність проводити власні дослідження задля вивчення ефективності роботи окремих заходів в певному оточенні сфери ОЗ України є надзвичайно важливою, так як майбутні учні не цінитимуть навчальні заклади, які будуть викладати ті ж концепції, які можна з легкістю знайти в підручниках доступних по всій країні.
- *Розробка навчальної програми з вдосконалення методів управління для задоволення потреб в навчанні.* Якщо не зважати на принцип стандартної навчальної програми (принаймні частково), здатність аналізувати потребу в нових управлінських навиках та розробляти навчальні процеси придатні для заповнення таких «білих плям» стане ключовою детермінантою конкурентоспроможності.
- *Сучасні андрагогічні методології зосереджені на передачі практичного досвіду.* В ринкових умовах і учні, і їх роботодавці напевно забажають більше інвестувати в практичні навика, а не знання. Проте ефективна передача практичного досвіду потребує дещо інших методів навчання, ніж передача теоретичних знань, особливо якщо учні – дорослі люди з безпосереднім досвідом організаційної динаміки та бажанням займати лідируючі позиції.

### **Висновки щодо нарощування потенціалу**

Теоретично три компетенції вказані вище можуть забезпечити різні професіонали: дослідники в галузі управління сферою охорони здоров'я, які зосереджуються на розвитку нових знань; спеціалісти з розробки навчальних програм, які зосереджуються на потребах розробки аналізу та роботи; а також педагоги (тренери), які концентруються на передачі практичного досвіду. На практиці ж ефективна передача навиків потребує від педагогів участі в процесі розробки нових знань, розуміючи існуючі недоліки в системі навиків для

менеджерів, які повинні застосовувати їх в реальному світі.

Висновок полягає в тому, що процес нарощування потенціалу, який би дозволив існуючим навчальним закладам ефективно справлятися з проблемами, які можуть виникнути в майбутньому, повинен зосереджуватись на трьох даних компетенціях. Проте окрім них слід також забезпечити адекватні практичні навички в вищому ешелоні навчальних закладів, особливо в питаннях, які стосуються стратегічного управління. Для успішного подолання майбутніх бар'єрів важливими стануть дві наступні компетенції:

- стратегічне управління кадрами, включно з вибором, утриманням та мотивацією педагогів (тренерів), в основному через складний комплекс професійних навичок, який можуть від них вимагати;
- стратегічний маркетинг навчальних послуг, включно з цільовою політикою, брендингом, мобілізацією капіталу та визначенням стратегічних альянсів з вітчизняними та міжнародними партнерами.

### **Кадрова стратегія для пілотних регіонів**

Схоже, для України підійшла б порада провести «пілотний тест» організаційних реформ перед тим, як запроваджувати їх в ширшому масштабі. Це дозволило б поступово вивчити досвід задля подальшого розгортання тих чи інших заходів на національному рівні. Більше того, кадрові реформи потрібно тісно пов'язати з загальними реформами охорони здоров'я, включно з законодавчою та фінансовою реформою.

Області, які експериментують з модернізацією системи охорони здоров'я (майстер-планування) повинні паралельно займатись розробкою кадрової стратегії. Кадрові зміни, які входять в нову стратегію, потрібно розвивати в партнерстві з зацікавленими сторонами та доводити до персоналу на загальних інформаційних зборах. З отриманням лікарнями та клініками статусу автономних комунальних підприємств, їм надається можливість ігнорувати обмеження Наказу № 33. Локальне перепризначення медичних робітників та природний процес старіння персоналу шляхом виходу на пенсію може дещо полегшити певні зміни (зменшення чи перепрофілювання лікарень) і ускладнити інші (наприклад, комплектація кадрами віддалених сільських клінік).

Областям, які загалом зосереджують свою увагу на переконфігурації послуг (наприклад, концентрація схожих і аналогічних видів послуг під єдиним управлінням (наприклад, акушерські послуги)) чи організаційній реструктуризації (наприклад, злиття ВМД закладів двох і більше районів в «госпітальну корпорацію»), знадобиться розвивати кадрових менеджерів та кадрові відділення відповідної кваліфікації. Місцеві дані повинні бути надійними задля відповідності штатних посад реальним клінічним та організаційним потребам.

### **3.9. Інформаційні та комунікаційні технології в ВМД**

За великим рахунком, сьогодні в Україні питання узгодження в комп'ютеризації сфери охорони здоров'я відсутнє, і відповідні програми є нестандартними, їм бракує оперативної сумісності. Робота над *запровадженням універсальних рішень включає повномасштабні мережі, які з'єднують* всі медичні установи області в багатофункціональну лікарняну базу даних, тільки почалась. На даний момент певні ініціативи запроваджуються в Києві, а інші розробляються в Харківській та Полтавській областях. Це і є приклади подібних мереж.

Основна інформаційна система сфери охорони здоров'я ЄС – це електронна медична карта (HER), яка зберігається в великих централізованих регіональних чи навіть національних базах даних. Власне, вартість охорони здоров'я в Україні можна знизити, надавши всім лікарям доступ до електронних медичних карт, так як ручне зберігання та управління даними і так займає забагато часу лікарів. Такий швидкий доступ до даних пацієнта значно покращити якість допомоги, знизивши також кількість медичних помилок, ускладнень серед пацієнтів та смертей, викликаних неповною чи помилковою інформацією наданою лікарям.

Електронна медична карта та все частіше використання інформаційних технологій можна

помітити в зростаючій кількості центрів візуалізації, які роблять такі технологічні прориви, як доступ до результатів через мережу, радіологічні інформаційні системи (PIC), а також системи передачі та зберігання даних (PACS). Встановлення PACS в лікарнях загального профілю призведе до значних покращень радіологічних послуг та знизить вартість одиничних витрат, не зважаючи на високу початкову вартість. Однак для отримання таких переваг одного прийняття технології буде недостатньо: для цього потрібно реорганізувати весь ІКТ процес. Основні переваги інтегрованого рішення PIC/PACS – це спрощена система управління. Результатом стане загальне зниження робочих видатків та підвищення рівня конфіденційності.

Можна вивести наступні висновки:

- Існують значні розбіжності в технічному обладнанні та комп'ютерному програмному забезпеченні в рамках мережі охорони здоров'я, що заважає координуваним діям та винесенню рішень;
- Розробка уніфікованого інформаційного простору охорони здоров'я в Україні гальмується браком інформаційних та комунікаційних стандартних інтерфейсів для регулювання збором, компіляцією, обробкою та передачею медичних даних;
- Апаратне та програмне забезпечення, телекомунікаційні технології не можуть ефективно вдосконалюватись через брак адекватного фінансування для ІТ сфери охорони здоров'я;
- Відсутність системи атестації програмного забезпечення та обмежене використання ліцензованого програмного забезпечення встановлює бар'єри, які не дають українським інформаційним системам інтегруватись в європейські.

Для підтримки розвитку ІТ в системі охорони здоров'я можна надати наступні рекомендації:

- **Розвиток уніфікованої ІТ політики для системи охорони здоров'я.** Вона має охоплювати стандартизацію передачі медичних даних, ліцензування програмного забезпечення, контроль ліцензованого програмного забезпечення, що також має відбиватись в законодавчих документах на рівні МОЗ та Кабінету міністрів. Слід розробити інші закони, які регулюють інформаційні технології для системи охорони здоров'я, включно з законами щодо телемедицини, захисту медичних даних, тощо;
- Уніфікована **корпоративна комп'ютерна мережа охорони здоров'я** повинна мати ієрархічну структуру, щоб включати адміністративні структури всіх рівнів, лікувальні та профілактичні заклади, науково-дослідницькі медичні та науково-медичні центри;
- Уряду слід просувати національну систему державних **класифікацій, довідників та медичних електронних каталогів**, а урядові робочі групи з питань ІТ повинні брати до уваги переваги зв'язку розробки українських ІКТ систем з вимогами європейських стандартів через контакти з такими відкритими організаціями, як *openEHR*;
- Повинні створюватись **спеціалізовані інформаційні системи** лікарняного типу, а також підтримуватись розвиток технологій телемедицини задля досягнення рівності доступу до діагностичних та консультаційних послуг для сільських лікарів.

## 4 ПОСИЛАННЯ

*Improving Intergovernmental Fiscal Relations and Public Health and Education Expenditure Policy: Selected Issues* Report No. 42450– UA Ukraine, November 20, 2007

‘Education and Health in G7 Countries: Achieving Better Outcomes with Less Spending’, IMF Working Paper, November 2007

[Poverty Reduction and Economic Management Unit (ECSPE), Europe and Central Asia Region]

*Competition and Integration in the English NHS*, Chris Ham, BMJ 12 April 2008, vol.336

Field MJ, Lohr KN: ‘Clinical Practice Guidelines: directions for a new work programme’. Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, National Academy Press 1990.

*Hospital Reconfiguration: an ippr briefing*, Institute for Public Policy Research, UK, Sept 2006.

*Private Spending on Healthcare*, Farrington-Douglas, J. and Castro Coelho, M. : Report from Institute for Public Policy Research, UK, June 2008

Quality and Outcomes Framework, NHS guidance, UK, 2004

Hospitals in a changing Europe; European Observatory on Health Care Systems, WHO 2002, edited by Martin McKee and Judith Healy

*Rebuilding the NHS - A new generation of healthcare facilities*’, Dept of Health, NHS UK 2007

## 5 ДОДАТКИ