

ISBN

УДК  
ББК

Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні

Рекомендації щодо реорганізації системи охорони здоров'я в Україні: базова проблематика і варіанти рішень

Посібник підготовлено в рамках проекту Європейського Союзу “Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні”. Думка, висловлена у цьому посібнику, не обов'язково співпадає з офіційною думкою Європейської Комісії.

© Представництво Європейської Комісії в Україні

Київ, 2009



Зміст

Скорочення	3
<b>1 Короткий огляд</b>	<b>4</b>
<b>2 Основні положення: учасники системи оз, підходи до управління та фінансування</b>	<b>5</b>
2.1 Завдання системи охорони здоров'я	5
2.2 Учасники системи охорони здоров'я	5
2.3 Функції системи охорони здоров'я	6
<b>3 Сучасні тенденції розвитку систем охорони здоров'я в країнах європейського регіону</b>	<b>8</b>
<b>4 Система надання медичної допомоги в Україні</b>	<b>11</b>
4.1 Структура системи надання медичної допомоги	11
4.2 Юридичні засади для функціонування системи охорони здоров'я	13
<b>5 Вдосконалення надання медичної допомоги населенню України</b>	<b>15</b>
5.1 Загальні підходи для вдосконалення надання медичної допомоги населенню	15
5.2 Напрями вдосконалення надання медичної допомоги населенню	15
5.2.1 Структурна реформа	15
5.2.2 Заходи інвестиційного характеру	17
5.3 Раціоналізація надання медичних послуг	18
5.3.1 Первинна медико-санітарна допомога	18
5.3.2 Вторинна медико-санітарна допомога	20
5.3.3 Третинна медична допомога	23
5.3.4 Швидка (невідкладна) допомога	24
5.4 Система управління якістю у сфері охорони здоров'я	27
5.5 Кадрова політика	29
5.6 Розвиток інформаційних технологій	32



## Скорочення

АВ	Амбулаторне відділення
БПО	Безперервна професійна освіта
ВМСД	Вторинна медико-санітарна допомога
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДМ	Доказова медицина
ДПП	Державно-приватне партнерство
ДСГ	Діагностично споріднені групи
ЕМК	Електронні медичні картки
ЕМЗ	Електронні медичні записи
ЄС	Європейський Союз
ЗП/СМ	Загальна практика/сімейна медицина
ЗУЯ	Загальне (комплексне) управління якістю
ІТ/ІКТ	Інформаційно-комунікаційні технології
КР	Клінічні рекомендації
КСГ	Клініко - статистична група (Британський Варіант)
ЛЗП/СМ	Лікар загальної практики/сімейної медицини
ЛКР	Людські (кадрові) ресурси
ЛП	Локальні протоколи
МГОЛ	Міжтериторіальне комунальне некомерційне господарське об'єднання лікарень
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МС	Медичні стандарти
ОЗ	Охорона здоров'я
ОРД	Оплата за результатами діяльності
ПЗ	Програмне забезпечення
ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
ПФІ	Приватна фінансова ініціатива
ПІК	Персональний ідентифікаційний код
ПШМСД	Первинна швидка медико-соціальна допомога
РІС	Радіологічна інформаційна система
РСОХ	Регіональна схема охорони здоров'я
СВ	Світовий Банк (WB)
СПЗД	Система передачі та зберігання даних
СТПС	Середня тривалість перебування у стаціонарі
СУЯ	Система управління якістю
ТМД	Третинна (високоспеціалізована) медична допомога
ФАП	Фельдшерсько-акушерський пункт
ЦМЛ	Центральна міжтериторіальна лікарня
ЦРЛ	Центральна районна лікарня
IPPR	Інститут досліджень державної політики
ISO	Міжнародна організація зі стандартизації
NHA	Національні рахунки охорони здоров'я (National Accounts)
NHS	Національна служба охорони здоров'я (UK)
NICE	Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності (UK)
SHA	Органи стратегічного планування в секторі охорони здоров'я
USAID	Агентство Сполучених Штатів Америки з міжнародного розвитку



### 1 Короткий огляд

В документі представлено аналітичні дані і пропозиції стосовно подальшого розвитку системи охорони здоров'я України, які базуються на найкращому європейському досвіді та пройшли апробацію на рівні пілотних регіонів Проекту ЄС „Сприяння розвитку вторинної медичної допомоги в Україні”. Детально представлено сучасний стан, тенденції та перспективи розвитку первинної, вторинної, третинної та невідкладної медичної допомоги в Україні. Надано рекомендації щодо проведення системних змін системи охорони здоров'я України з точки зору доказового менеджменту та передового досвіду країн ЄС.



## 2 Основні положення: учасники системи ОЗ, підходи до управління та фінансування

Згідно з визначенням, наведеним у доповіді ВООЗ про стан здоров'я у світі (2000 р.), система охорони здоров'я - це сукупність будь-яких організацій, інститутів і ресурсів, призначених для діяльності в інтересах здоров'я. Вона охоплює всі дії, головна ціль яких полягає в зміцненні, відновленні та збереженні здоров'я населення.

Охорона здоров'я має бути<sup>1</sup>:

**Безпечною** - уникати завдання шкоди пацієнтам під час надання допомоги;

**Ефективною** - надавати послуги, що базуються на наукових знаннях, всім, хто може отримати користь від них, та утримуватись від надання послуг тим, хто не отримає від них користь (уникаючи недо-використання та пере-використання відповідно);

**Орієнтованою на пацієнта** - надавати допомогу, яка враховує та відповідає особистим вимогам, потребам та цінностям пацієнта, забезпечувати відповідність всіх клінічних рішень до цінностей пацієнта;

**Вчасною** - скорочувати час очікування та, в окремих випадках, уникати затримок як для тих, хто надає, так і для тих, хто отримує допомогу;

**Раціональною** - уникати нераціонального використання обладнання, ресурсів, ідей, та досягати взаємодії в системі.

**Справедливою** - надавати якісну медичну допомогу, незалежно від особових характеристик, таких як стать, расова або етнічна приналежність, географічне розташування та соціально-економічний статус.

Усі вказані аспекти рівнозначні за своєю важливістю, і основним правилом є те, що «якість» повинна охоплювати всю діяльність системи охорони здоров'я. Тож вона має бути інтегрованою у щоденну роботу, а не розглядатися як щось окреме від неї.

### 2.1 Завдання системи охорони здоров'я

Завдання системи охорони здоров'я полягають у:

- покращенні показників стану здоров'я населення;
- забезпеченні справедливості стосовно здоров'я;
- забезпеченні фінансового захисту населення в разі необхідності звернення за медичною допомогою;
- забезпеченні справедливості і прозорості фінансування;
- забезпеченні оперативності реагування на потреби пацієнтів.

### 2.2 Учасники системи охорони здоров'я

Учасниками у сфері системи охорони здоров'я будь-якої країни є:

- пацієнти, або споживачі послуг
- медичні заклади та працівники, або постачальники медичних послуг,
- держава, яка є платником за медичні послуги.

Пацієнтом вважається будь-яка особа, яка звертається до системи охорони здоров'я за медичною допомогою з приводу стану свого здоров'я<sup>2</sup>. Пацієнти виступають як споживачі медичних послуг та платники податків. За рахунок податків, які сплачуються громадянами (пацієнтами) державі, власне, і фінансується (утримується) система охорони здоров'я. Саме тому справжніми господарями системи охорони здоров'я є пацієнти, і саме тому вся діяльність системи охорони здоров'я, включаючи всі зміни щодо її вдосконалення, має спрямовуватися, в першу чергу, на забезпечення прав та законних інтересів пацієнтів.

Основні інтереси пацієнтів у системі охорони здоров'я полягають в наступному:

1. отримання доступної (як з точки зору фінансово-економічної, так і фізичної доступності) медичної допомоги;
2. забезпечення високої якості послуг охорони здоров'я, за яку пацієнти сплачують шляхом сплати податків;
3. ефективне і раціональне використання коштів, які пацієнти інвестують у систему у вигляді податків та передають в управління державі.

1 Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: a new Health System for the 21st century. Washington DC, 2001.

2 Глосарій Європейської Обсерваторії Систем та Політики в Охорони здоров'я <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=P>



Другим учасником системи охорони здоров'я є постачальники медичних послуг (медичні працівники - фізичні особи та медичні організації - юридичні особи). Наряду з усвідомленням та шануванням моральних цінностей, що притаманні представникам медичної професії в усьому світі й асоціюються з відомою усім клятвою Гіппократа, їх інтерес також полягає в отриманні адекватної заробітної платні за свою надзвичайно соціально важливу, складну й, часом, небезпечну для здоров'я та життя працю. Третім основним учасником системи охорони здоров'я майже у всіх країнах світу виступає держава, що виконує функцію так званої третьої сторони - платника. Вона виступає посередником у відносинах між пацієнтами та постачальниками медичних послуг. Відповідно до цього, головними цінностями та пріоритетами держави у системі охорони здоров'я мають бути, з однієї сторони, задоволення очікувань та законних інтересів населення (яке довірило державі в управління зібрані, у вигляді податків, кошти), а з іншої сторони - створення умов для задоволення законних інтересів постачальників послуг і спонукання їх до надання якомога якісніших послуг при найменш можливих витратах ресурсів.

### 2.3 Функції системи охорони здоров'я

Система охорони здоров'я має 4 основні, тісно пов'язані між собою, функції:

- управління
- забезпечення ресурсами (що включає інвестиції в матеріально-технічну базу, підготовку та розвиток людських ресурсів);
- фінансування (що включає збір, розподіл та використання коштів на закупівлю послуг системи охорони здоров'я для забезпечення пацієнтів гарантованою державою медичною допомогою);
- надання послуг.



У системі охорони здоров'я функціонально виділяють первинний, вторинний та третинний рівень медичної допомоги.

	ПМСД <sup>3</sup>	ВМСД	ТМД
Основне визначення:	Контакти першого рівня з населенням, які діють у напрямку покращення стану здоров'я у суспільстві	Спеціалізовані амбулаторні медичні послуги та загальна лікарняна допомога (амбулаторна та стаціонарна). Доступ часто через направлення від ПМСД.	До третинної медичної допомоги відносяться медичні та пов'язані з ними немедичні послуги високої складності та, зазвичай, високої вартості.
Джерело:	ВООЗ, 1998а	Європейський огляд, 2000	ВООЗ, 1998а
Примітки	У системі зі «спрямовуючими», всі початкові (не екстрені) консультації лікарів, медсестер або інших медичних працівників відносяться до первинної медико-санітарної допомоги, на відміну від вторинної медико-санітарної допомоги або послуг за направленням. У системах з прямим доступом до спеціалістів - відмінності, зазвичай, пов'язані з типом закладів. Напр. поліклініки надають ПМСД, а лікарні - ВМСД (Віттер, 1997 р.; Гетцен, 1997р.).	Не включає високоспеціалізовані, високотехнологічні стаціонарні послуги (що відносяться до ТМД).	Ті, хто були направлені з ВМСД для діагностики та лікування, що не доступні на первинному та вторинному рівнях медико-санітарної допомоги. Вузкоспеціалізована допомога здебільшого надається лише у спеціалізованих медичних клініках національного або міжнародного значення (Європейській Огляд Систем ОЗ, 2000 р.).
Додаткові пояснення	Первинна медико-санітарна допомога - це необхідна медична допомога, що є доступною за ціною, яку країна та суспільство можуть собі дозволити, практичними методами, науково перевіреними та соціально прийнятними (ВООЗ, 1998б).	Допомога надається лікарями-спеціалістами, переважно в умовах лікарні, але деякі спеціалізовані послуги надаються на рівні первинної медико-санітарної допомоги (Віттер, 1997 р.).	Існують чотири лікарні, які надають технологічно передову третинну допомогу: дві розташовані у столиці, а дві інші у найкрупніших центральних містах країни. Заклади, що надають ТМД, обслуговують населення не менше 1 мільйона, та не обмежені територіальними рамками.
Приклади	Первинну медико-санітарну допомогу було посилено з тим, щоб забезпечити надання пріоритетних та необхідних медичних послуг на першому етапі допомоги лікарями загальної практики.	Вторинна медико-санітарна допомога часто використовується неналежним чином, так як до неї існував прямий доступ без направлення з рівня ПМСД.	

Source: [www.who.org/europeanobservatory](http://www.who.org/europeanobservatory)

3 Тут і надалі використовуються офіційні визначення ВООЗ



### 3 Сучасні тенденції розвитку систем охорони здоров'я в країнах Європейського регіону

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 надання послуг системи охорони здоров'я для різних країн можуть відрізнятися, а тому загальної моделі системи охорони здоров'я в Європі не існує. Питома вага витрат приватного сектору у структурі загальних витрат на охорону здоров'я в міжнародній практиці залишається протягом останніх 20 років на одному рівні: від 25 до 30%.

Для країн ЄС є характерним існування двох основних моделей державного фінансування сфери охорони здоров'я. Одна з них - це модель обов'язкового соціального медичного страхування, а інша - це модель, фінансування якої здійснюється за рахунок загальних податків. Однак, в межах кожної з цих моделей можуть існувати певні додаткові положення. Наприклад, для обох систем можуть існувати варіації щодо рівнів добровільних внесків. Зокрема, в Англії існує національна система охорони здоров'я, яка базується на загальних податках та надає послуги через структуру трастів; у Франції діє система соціального страхування, яка характеризується високим рівнем централізації; а модель, прийнята в Німеччині - базується на страховій системі з залученням кількох, незалежних один від одного, страхових фондів та системи подвійного фінансування для лікарень. Нещодавні дослідження в Великобританії (IPPR, липень 2008 р.) показали, що державне фінансування медичних послуг (незалежно від методів розподілу бюджету чи рівня розвитку системи) загалом є більш рентабельним для країни та пропонує вищий рівень справедливості при наданні послуг населенню, ніж послуги, які фінансуються з приватних джерел. І хоча приватні витрати все ще відіграють важливу роль, вони жодним чином не сприяють залученню ресурсів для системи охорони здоров'я. В той же час, згідно з даними, наведеними у відповідній доповіді Мережі фактичних даних з питань охорони здоров'я, що підтримується Європейським бюро ВООЗ, приватні джерела фінансування служб охорони здоров'я часто носять регресивний характер і створюють фінансові бар'єри для доступу. Вони мало сприяють успіху зусиль щодо стримування витрат і фактично можуть призводити до їх збільшення<sup>5</sup>.

Крім того, система охорони здоров'я в ЄС загалом є децентралізованою до місцевого рівня та має більший рівень відповідальності за надання послуг. Існує також тенденція до поступового розширення передачі надання деяких спеціалізованих послуг на рівень закладів/працівників первинної ланки (наприклад лікування туберкульозу, деякі послуги що надаються гінекологами, офтальмологами, отоларингологами, тощо.)

В ЄС все ширше використовується зовнішній аудит (перевірка) медичних послуг за допомогою систем управління якістю та порівняльного аналізу. В багатьох європейських країнах в 1990-х роках було започатковано серйозні ініціативи з покращення якості, які були зорієнтовані на потреби та безпеку пацієнта. Діє спеціальне законодавство щодо прав пацієнтів (1991 р. - Великобританія, 1992 р. - Данія, 1993 . - Фінляндія, 2001 р. - Австрія і 2002 р. - Бельгія). Питання якості медичної допомоги відіграють і в подальшому будуть відігравати вирішальну роль для підтримки статусу медичного закладу як такого, що ефективно надає медичну допомогу населенню. В найближчому майбутньому мають запрацювати системи оцінки результатів лікарняних послуг. Лікарні будуть орієнтуватися на розвиток медичних технологій, оцінювати та, у разі необхідності, використовувати сучасні медичні технології, а також передбачати наслідки для лікарні, тощо.

Населення багатьох країн старіє, пов'язана з цим перспектива підвищення витрат на охорону здоров'я викликає помітне занепокоєння політиків. Основна проблема для лікарень полягає в тому, що літні люди страждають різними захворюваннями, для лікування яких необхідні координовані програми, що передбачають участь багатопрофільних груп медиків-професіоналів. Наслідки старіння населення пом'якшуються, якщо передати частину функцій лікарень менш вартісним службам соціальної опіки. Старіння населення - лише один з факторів, що змінює загальну картину захворюваності. Лікарні вимушені враховувати також еволюцію інших факторів ризику - таких як тютюнокуріння та режим харчування. Крім того, лікарні змушені реагувати на зміни очікувань громадськості, та більш високі вимоги споживачів<sup>6</sup>.

4 PPR Report 2008: Private Spending on Healthcare

5 Thomson S, Mossialos E (2004). Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора? Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья; <http://www.euro.who.int/Document/E83334R.pdf>)

6 Figgeras, J (2002) Hospitals in a Changing Europe (European Observatory on Health Care Systems Series), WHO





Реформи організації лікарень діляться на дві категорії. До першої належать, перш за все, системні зміни лікарень: об'єднання та злиття кількох лікарень, вертикальна та горизонтальна інтеграція лікарняних служб та створення інтегрованих систем надання допомоги, спільні закупівлі, укладення договорів зі сторонніми організаціями (Shortell et al. 1990)<sup>7</sup>, тощо. Друга категорія - внутрішня реструктуризація лікарень, що веде до кардинальної зміни клінічного лікування та взаємовідносин між тими, хто приймає участь у наданні медичних послуг (Blancett and Flarey 1995; Leatt et al. 1997)<sup>8,9</sup>. Реорганізація обох типів зачепила більшість лікарень США та Канади і поступово поширюється в Європі та за її межами (Decter 1994<sup>10</sup>; Aiken et al. 1997<sup>11</sup>; Bentsen et al, 1999<sup>12</sup>).

Нещодавні реформи лікарняного сектору в ЄС вказують на наступні загальні тенденції:

- Автономізацію постачальників медичних послуг
- Активне залучення представників територіальних громад до планування надання медичної допомоги на рівні постачальників медичних послуг
- Інтеграцію приватного сектору в сферу надання послуг
- Впровадження фінансових механізмів, спрямованих на підвищення ефективності управління лікарнею

Розвиток сучасних медичних технологій пропонує більше можливостей стосовно надання медичних послуг та зменшення інвазивних втручань. Сьогодні серед нових видів послуг в секторі охорони здоров'я ЄС особливої ваги набувають:

- базова амбулаторна хірургія
- послуги денного стаціонару для проведення діагностичних тестів, а також медичного втручання (онкологія, реабілітація, психіатрія)
- „медичні послуги вдома” за місцем проживання.

Наукові та технологічні досягнення в секторі охорони здоров'я, паралельно із підвищенням стандартів життя, освітніми та економічними новаціями, дозволяють для більшості хворих, які раніше потребували тривалих стаціонарних послуг, здійснювати лікування або виключно в амбулаторних умовах, або значно скоротити термін стаціонарного лікування. Часто ці підходи поєднують. Всі ці нові види послуг є менш вартісними, ніж вартість стаціонарного лікування, і це, звичайно, впливає на ефективність та якість лікарняного лікування в цілому. Біомедичні та біоінженерні дослідження вважаються багатообіцяючими для вдосконалення сфери охорони здоров'я в майбутньому, з потенційним радикальним впливом на лікарняні послуги і зокрема - на хірургічні методи лікування. Для технічного вдосконалення ВМСД важливим є не лише винахід нових медичних технологій, а, перш за все, ефективніше використання вже існуючих методів.

Існує широкий спектр альтернатив моделей функціонування постачальників послуг ВМСД, оскільки окремої ідеальної моделі надання таких послуг не існує. Сьогодні в ЄС мають місце певні тенденції, які можна узагальнити наступним чином:

- Зменшення кількості ліжкового фонду;
- Скорочення тривалості перебування в лікарнях невідкладної допомоги;
- Використання зовнішніх постачальників неклінічних (немедичних) послуг („аутсорсинг”);
- Зменшення кількості госпітальних центрів та операційних відділень;
- Концентрація високотехнологічної діяльності у великих лікарняних центрах та центрах охорони здоров'я з одночасним відходом від низько-технологічних лікарень;
- Передача більшої кількості обов'язків від лікарів медсестрам;
- Нові форми госпіталізації;
- Скорочення термінів госпіталізації (наприклад, хірургія одного дня);

7 Shortell, S.M., Morrison, E.M. and Friedman, B. (1990) Strategic Choices for America's Hospitals: Managing Change in Turbulent Times. San Francisco, CA: Jossey\_Bass.

8 Blancett, S.S. and Flarey, D.L. (1995) Reengineering Nursing and Health Care: The Handbook for Organizational Transformation. Gaithersburg, MD: Aspen.

9 Leatt, P., Baker, G.R., Halverson, P.K. and Aird, C. (1997) Downsizing, reengineering and restructuring: long\_term implications for healthcare organizations, *Frontiers of Health Services Management*, 13(4): 27\_39.

10 Decter, M. (1994) Healing Medicare: Managing Health System Change the Canadian Way. Toronto: McGilligan Books.

11 Aiken, L.H., Sochalski, J. and Fagin, C.M. (1997a) Hospital restructuring in the United States, Canada and western Europe: an outcomes research agenda, *Medical Care*, 35 (suppl. 10): S13\_25.

12 Bentsen, E.Z., Borum, F., Erlingsdottir, G. and Sahlin\_Andersson, K. (eds) (1999) *Nar Styringsambitioner Moder Praksis: den Svoere Omstilling af Sygehus( og Sundhedsvoesenet i Danmark og Sverige [When Management Ambitions Meet Practice: The Difficult Transformation of the Hospital and Health Care System in Denmark and Sweden]*. Copenhagen: Copenhagen Business School Press.



- Створення госпітальних мереж для забезпечення координації надання медичної допомоги у лікарнях;
- Гуртожитки / „готелі” для пацієнтів;
- Розширення мережі та активізація використання можливостей закладів паліативної допомоги чи хоспісів.

Вказані вище тенденції розвитку медичних технологій, а також систем охорони здоров'я, кинули виклик існуючим лікарняним структурам та системам надання послуг. Лікарні загального профілю все більше переходять від забезпечення стаціонарної до надання діагностичної та амбулаторної допомоги за підтримки розширеного використання сучасних медичних та інформаційних технологій.

Має місце також чітка тенденція розвитку надання лікарняних неклінічних послуг через механізм “аутсорсингу” (залучення ресурсів та можливостей сторонніх виконавців) та організації мереж (наприклад, мереж лабораторій, тощо). Це означає, що багато діагностичних послуг пацієнтам різних лікарень та закладів ПМСД надається сучасними мережевими лабораторно-діагностичними центрами. Подібні державні (чи приватні) установи залучаються для надання додаткових послуг (прання, інформаційні технології, послуги з харчування, прибирання, транспортування тощо).

Деякі лікарні було реструктуризовано у відповідності до потреб пацієнтів з хронічними захворюваннями, і вони надають лише планову допомогу хронічним хворим, та не надають невідкладну. Існує тенденція щодо більшого перерозподілу функцій між первинною та вторинною медичною допомогою, яка передбачає практику активного залучення сімейних лікарів до надання окремих видів спеціалізованої медичної допомоги та ведення їх пацієнтів у лікарнях.

Загальні витрати на охорону здоров'я в розвинутих країнах щорічно зростають і мають тенденцію до зростання і надалі. Поєднання демографічних змін, інфляційного впливу нових технологій та зростання відносної вартості послуг в системі охорони здоров'я, а також зростання економіки, призведе до підвищення попиту на медичні послуги та їх вартості для користувачів. Це не слід розглядати виключно в негативному світлі, оскільки дослідження показують, що підвищення витрат на охорону здоров'я та зростання попиту на послуги призводить до підвищення рівня середньої тривалості життя та благополуччя населення<sup>13</sup>.



## 4 Система надання медичної допомоги в Україні

### 4.1 Структура системи надання медичної допомоги

Україна успадкувала від Радянського Союзу добре розвинуту інфраструктуру лікарень та систему їх нормативно врегульованої комплектації у відповідності до потужності ліжкового фонду. Така модель добре зарекомендувала себе в умовах адміністративно-командної економічної моделі, що використовувалася в СРСР, і свого часу, у 60-х - 70-х роках минулого століття, навіть оцінювалася ВООЗ як одна з кращих у світі. Разом з тим, Україна дістала у спадок і слабо розвинуту структуру первинної медичної допомоги. Як показав час, ця модель виявилася непридатною для використання в умовах зміни економічної моделі суспільства та розвитку ринкової економіки.

Не дивлячись на останні спроби проведення реформ, дана система з наявною бюрократією загалом зберігається ще як за радянського періоду (наприклад, в кожному районі є одна центральна районна лікарня.) Значну питому вагу в структурі мережі таких закладів в Україні посідають малопотужні лікарні, які, з однієї сторони, не мають фінансових ресурсів для придбання сучасних технологій і обладнання, а з іншої - мають персонал, який, через відсутність належного навантаження та інтенсивних потоків пацієнтів, втрачає практичні навички. Так, з більш ніж 2250 лікарняних закладів, що функціонують в Україні, понад 630 (майже 30%) мають лише до 25 ліжок включно, ще понад 110 закладів - лише від 26 до 60 ліжок. Це свідчить про неефективність використання наявних ресурсів системи, а також є однією з причин низької якості медичної допомоги, що надається в таких закладах.

Аналіз контингенту пацієнтів, які сьогодні отримують стаціонарну медичну допомогу, свідчить, що значна їх частина не потребує цілодобового нагляду, і деяким пацієнтам доцільно надавати медичні послуги в альтернативних формах закладів (денних, домашніх стаціонарах)<sup>14</sup>. Профіль госпіталізації не завжди відповідає ступеню важкості стану пацієнтів<sup>15</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 і не потребують інтенсивної допомоги, а також тих, хто знаходиться на термінальній стадії свого захворювання<sup>16</sup>. Законодавство України та практика української системи охорони здоров'я чітко не розмежовують надання ПМСД, ВМСД та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Між вторинним та первинним рівнем також не існує чіткої системи направлень та розподілу коштів, а, отже, і механізму контролю видатків. Згідно з законодавством, пацієнти можуть звертатися до лікарів-спеціалістів без попереднього направлення від лікаря ПМСД.

Система охорони здоров'я України спирається на центральний рівень адміністрування та фінансування (центральні органи державної влади та державний бюджет) а також на 3 децентралізовані рівні адміністрування та фінансування: обласна державна адміністрація та обласний бюджет, районна державна адміністрація та районний бюджет, виконавчі органи міста, села і селища та відповідні бюджети. Всі вони впливають на спосіб надання медичних послуг відповідно до норм Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні” (стаття 32) та Бюджетного кодексу України (статті 88-90). Державні й комунальні заклади охорони здоров'я, маючи статус «бюджетних установ», згідно з вимогами бюджетного законодавства України, фінансуються за методом постатейного кошторису. Цей метод не дозволяє керівникам лікарень самостійно оперативне перерозподіляти надані їм кошти між різними напрямками витрат, залежно від тих чи інших пріоритетних потреб. Вони зобов'язані виконувати статті кошторису, оскільки відхилення від нього вважається нецільовим використанням ресурсів і може потягти за собою відповідну юридичну відповідальність<sup>17</sup>. Зміни до кошторису можуть вноситися лише на основі рішення відповідної місцевої ради<sup>18</sup> та з дозволу місцевих фінансових органів. При цьому, такий метод фінансування не враховує обсяг та якість наданих послуг. Кошти

14 Слабкий Г.О. Организация медицинской помощи взрослому городскому населению. Донецк - Лебедь. - 2000. - 346 с.

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

16 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.

17 V. Lekhan, V. Rudyi, S. Shishkin. The Ukrainian health financing system and options for reform. World Health Organization 2007, p. 17 (<http://www.euro.who.int/document/E90754.pdf>)

18 Див. частину п'яту ст.23 Бюджетного кодексу України.



виділяються згідно зі статтями кошторису доходів та витрат, які формуються в залежності від штатного розкладу, ліжкового фонду, вартості комунальних платежів та інших показників, прямо не пов'язаних з видами та обсягами наданих медичних послуг.

При складанні штатного розкладу, лікарні керуються нормативами, встановленими МОЗ України<sup>19</sup>, які не дають можливості враховувати реальні потреби у тих чи інших медичних послугах населення конкретних територій. Це призводить до неефективного планування і неефективного використання ресурсів.

Оплата праці медичних працівників, які працюють у закладах зі статусом бюджетної установи, здійснюється на основі посадових окладів (тарифних ставок), затверджених Кабінетом Міністрів України. Такий метод передбачає оплату не за обсяг та якість наданих послуг, а за відпрацьований час. Це зумовлює відсутність у медичних працівників будь-яких мотивацій до підвищення якості, обсягу та економічної ефективності послуг.

Отже, медичні заклади та медичні працівники не мають мотивації до підвищення якості та обсягів своєї діяльності і, водночас, до забезпечення належного контролю витрат та ефективного використання ресурсів<sup>20</sup>. Це призводить до значної кількості необґрунтованих госпіталізацій у стаціонари (до 60% від загальної кількості), дублювання послуг одного виду на різних рівнях (наприклад, в районних/міських та обласних лікарнях), значної кількості короткотермінових повторних госпіталізацій, недосконалої і необґрунтованої відповідно до реальних медичних потреб населення внутрішньої організаційної структури, структури ліжкового фонду, штатів тощо.

Чинна система охорони здоров'я України ще не передбачає чіткого розмежування функцій замовника та постачальника медичних послуг: бюджетні медичні заклади надають послуги та отримують фінансування без контрактів з місцевими органами влади (платниками за послуги). Також не запроваджено механізм розробки та реалізації національних та обласних стратегічних планів розвитку галузі, що теж не сприяє ефективності використання наявних ресурсів.

Фактично, в Україні фінансується не здійснення функції медичного обслуговування з урахуванням реальних потреб населення, а інфраструктура існуючої системи охорони здоров'я. Власниками медичних закладів, які надають медико-санітарну допомогу первинного та вторинного рівня, є місцеві ради (обласні, районні, міські, сільські та селищні). Саме вони забезпечують виконання делегованої їм державної функції охорони здоров'я населення та розпоряджаються більш як 80% видатків зведеного бюджету галузі. Але сьогодні вони не є ефективними управлінцями у цій сфері.

З іншого боку, приватний сектор розвивається хаотично, без врахування реальних потреб населення у тому чи іншому виді допомоги.

Отже, сьогодні українська система охорони здоров'я характеризується:

- Недостатнім розвитком інституту сімейної медицини та наданням пріоритетності розвитку вторинної медико-санітарної допомоги ;
- Нормативно закріпленою надмірною кількістю спеціалізованих ліжок та лікарень, що не відповідає реальним потребам населення у цьому виді допомоги та призводить до завищеного рівня госпіталізації
- Відсутністю функціональної диференціації лікарень для надання різних рівнів допомоги (окремі лікарні загального профілю працюють як установи соціального захисту або надають послуги первинної медико-санітарної допомоги; деякі обласні лікарні пропонують високоспеціалізовані послуги поряд з послугами вторинної медико-санітарної допомоги для відносно незначної кількості охоплюваного населення);
- Наявністю паралельних систем надання стаціонарної допомоги (відомчі заклади)
- Розпорошеністю ресурсів через надмірну децентралізацію системи (на рівень малих міст, сіл та селищ)
- Високими термінами перебування в лікарні (ALOS), порівняно з країнами ЄС

<sup>19</sup> Див. наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

<sup>20</sup> V. Lekhan, V. Rudyi, S. Shishkin. The Ukrainian health financing system and options for reform. World Health Organization 2007, p.p. 17, 24 (<http://www.euro.who.int/document/E90754.pdf>)





#### 4.2 Юридичні засади для функціонування системи охорони здоров'я

Основними законодавчими документами, які регулюють функціонування сфери охорони здоров'я в Україні є Конституція України (стаття 49), Основи законодавства з охорони здоров'я України, Закон України „Про місцеве самоврядування в Україні”, «Закон України про місцеві державні адміністрації», Бюджетний кодекс України. У своїй діяльності медичні заклади також керуються численними нормативно-правовими актами, виданими Кабінетом міністрів України, Міністерством фінансів України та Міністерством охорони здоров'я України. Стаття 49 Конституції України, зокрема, визначає:

„Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається **безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена**. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.”<sup>21</sup>

Таке формулювання прав громадян на медичну допомогу є юридичною перепорою для здійснення ефективного реформування системи медичної допомоги. Невизначеність щодо обсягів, видів та форм надання „безоплатної медичної допомоги” у державних і комунальних закладах охорони здоров'я не дозволяє таким закладам надавати якісну медичну допомогу всіх видів. Намагання безоплатно лікувати всі види хвороб, у тому числі здійснювати дуже коштовні операції без будь-якого врахування реальної ресурсоспроможності медичних закладів (економічної, фінансової, матеріально-технічної, людської тощо) призводить до того, що всі види допомоги надаються на досить низькому рівні та з прихованою частковою оплатою з кишені пацієнтів.

При цьому пацієнти втрачають право вимагати від лікарів якісного лікування, тому що лікарі посилаються на відсутність коштів для придбання ліків або інших матеріалів, без яких будь-яка медична допомога не може надаватися якісно.

Законодавча невизначеність щодо обсягів, видів та форм надання „безоплатної медичної допомоги” також заважає встановленню чіткого переліку дозволених державою платних медичних послуг, за які пацієнти могли б офіційно сплачувати визначені суми, що давало б їм право вимагати від лікаря надання якісної медичної допомоги.

Пряма заборона скорочувати існуючу мережу державних та комунальних закладів, яка міститься у Конституції, також не сприяє ефективній реструктуризації та модернізації галузі. Тому в Україні продовжують існувати та фінансуватися маленькі лікарні, які не спроможні надавати повноцінну вторинну медичну допомогу<sup>22</sup>.

Відповідно до чинного законодавства України, кожний район (навіть такий, в якому проживає всього 8 000 осіб) має право утримувати за кошти свого бюджету свою районну лікарню. Але стрімкий розвиток медичних технологій, запровадження нового, ефективного, але вартісного медичного обладнання (починаючи з лабораторних досліджень і закінчуючи сучасними технологіями оперативного втручання), вимагає концентрації ресурсів галузі (фінансових, матеріально-технічних, людських, та інших) в лікарнях, які обслуговували б принаймні 100.000 населення. Це означає наявну необхідність суттєвого реформування існуючої мережі медичних закладів.

Надмірна децентралізація управління та фінансування галузі охорони здоров'я закріплена нормами Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні” та Бюджетним кодексом України.

Так, стаття 32 Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні” визначає, що до відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад, зокрема, належать власні (самоврядні) повноваження у сфері управління закладами охорони здоров'я, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, організація матеріально-технічного та фінансового

21 Офіційне тлумачення положення частини третьої статті 49 див. в рішенні Конституційного Суду N 10-рп/2002 від 29.05.2002  
22 Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. - Київ, „Сфера”, 2005, С 230.



забезпечення таких закладів; організація медичного обслуговування та харчування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані таким громадам. А до делегованих повноважень цих виконавчих органів віднесено, зокрема: забезпечення у межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території; забезпечення відповідно до закону розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності; забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення.

При цьому, міжнародний досвід свідчить, що медичні заклади первинного та вторинного рівня мають утворюватися з урахуванням кількості осіб, які вони будуть обслуговувати, і лікарні спроможні надавати повноцінну та якісну допомогу лише якщо вони обслуговують територію з населенням не менш ніж 100 000 осіб.

Бюджетний кодекс України також містить норми, які підтримують надмірну децентралізацію фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я. Так, у відповідності до статей 88, 89 та 90, первинна та вторинна медична допомога сьогодні фінансується з бюджетів усіх рівнів: обласного, районного, міського, та навіть сільського і селищного. Це призводить до підміни понять „доступної” та „якісної” медичної допомоги: надмірне розпорошення ресурсів галузі пояснюється намаганням зробити медичну допомогу „доступною”, але при цьому громадяни отримують „легкий доступ” до вкрай неякісної медичної допомоги, і змушені самостійно та за свій кошт звертатися до більш потужних лікарень в інших районах або областях, або ж користуватися платними приватними медичними закладами.

Державні та комунальні медичні заклади в Україні є переважно бюджетними (неприбутковими) організаціями, які повністю утримуються за рахунок відповідно державного чи місцевих бюджетів. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я зі статусом бюджетних установ мають надзвичайно обмежені права та майже не мають механізмів та стимулів прийняття незалежних управлінських рішень. Так, наприклад, вони не мають права:

- передавати виконання своїх функцій іншим лікарням на основі договорів між лікарнями. Такий перерозподіл функцій можливий лише якщо відповідні місцеві ради укладуть договори про надання міжбюджетних трансфертів, спираючись на ст. 93 Бюджетного кодексу України<sup>23</sup>;
- об'єднуватися з метою використання кількох лікарнями вартісного обладнання, яке придбано однією лікарнею, на платній чи безоплатній основі;
- залучати небюджетні кошти для придбання вартісного медичного обладнання (у вигляді банківських кредитів);
- проводити пряму оплату іншим лікарням за надану медичну допомогу пацієнтам у випадках, коли пацієнти терміново потребували такої допомоги і не могли отримати її у лікарні за місцем проживання.

Останнє негативно впливає на надання медичної допомоги громадянам, які на момент звернення до медичних закладів перебувають з різних причин не за місцем свого постійного проживання. В таких випадках допомога надається у закладах охорони здоров'я, підпорядкованим іншим адміністративно-територіальним одиницям України, та за рахунок коштів їх бюджетів. Тобто, на момент формування державного та місцевих бюджетів, кошти на таких громадян не були передбачені у визначенні відповідних міжбюджетних трансфертів.

Зазначене вище обмежує ефективність роботи та ускладнює процес прийняття рішень в медичних установах.

Отже, недосконалість бюджетного законодавства та законодавства, яке регулює діяльність місцевого самоврядування, не дозволяє консолідувати кошти на охорону здоров'я на тих рівнях бюджетів (зокрема обласних, районних з населенням не менше 100000 жителів, великих міст), які можуть забезпечити більш ефективно використання всіх видів ресурсів (людських, матеріально технічних, фінансових)

<sup>23</sup> Такі угоди мають укладатися до 1 серпня року, що передує плановому, що робить механізм передачі функцій негнучким та не може використовуватися для вирішення нагальних, оперативних проблем.



## 5 Вдосконалення надання медичної допомоги населенню України

### 5.1 Загальні підходи для вдосконалення надання медичної допомоги населенню

Сьогодні в умовах погіршення демографічної та епідеміологічної ситуації, Україна мусить вирішувати складні питання з надання якісної медичної допомоги своєму населенню з урахуванням:

- законодавчих/організаційних обмежень,
- недостатнього рівня бюджетного фінансування,
- кадрових проблем

Такі проблеми не є унікальним для світу явищем, тож досвід та уроки з європейської практики є важливими для формування пропозицій щодо покращення ВМСД в Україні.

Але необхідно мати підтримку реформування всіх сфер медичних послуг на трьох рівнях влади:

- національному (тобто, на рівні Кабінету Міністрів України, МОЗ України та центральних фінансових органів),
- обласному (на рівні обласних рад, державних адміністрацій та обласних управлінь охорони здоров'я)
- місцевому (на рівні районних/міських рад, районних адміністрацій, районних/міських управлінь охорони здоров'я а також селищних/сільських рад)

Крім того, будь-які радикальні зміни потребуватимуть підтримки з боку самих медичних працівників та місцевого населення, тому необхідно приділяти велику увагу формуванню громадської думки та проведенню освітньої роботи з персоналом щодо реструктуризації лікарень

### 5.2 Напрями вдосконалення надання медичної допомоги населенню

Поточний стан системи охорони здоров'я вимагає вдосконалення у двох напрямках:

- I. Вдосконалення системи медичної допомоги шляхом проведення структурної реформи галузі (структурна реформа)
- II. заходи інвестиційного характеру для розвитку системи медичної допомоги.

#### 5.2.1 Структурна реформа

Структурна реорганізація галузі дозволяє оптимізувати систему медичної допомоги шляхом:

- створення у структурі районних державних адміністрацій відділів охорони здоров'я, що виконуватимуть функцію замовника в договорах про державні закупівлі медичних послуг, необхідних для забезпечення населення безоплатною медичною допомогою;
- відокремлення первинної медико-санітарної медичної допомоги (ПМСД) від вторинної медико-санітарної медичної допомоги (ВМСД);
- зміна організаційно-правового статусу місцевих закладів охорони здоров'я (шляхом їх реорганізації з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства);
- запровадження механізму державних контрактних закупівель медичних послуг за бюджетні кошти на основі чітко визначених потреб у тих чи інших видах послуг; при цьому відділи/управління охорони здоров'я будуть виступати в ролі замовників медичних послуг, а медичні заклади - у ролі постачальників цих послуг;
- оптимізація наявної мережі закладів ПМСД та ВМСД шляхом диференціації закладів ВМСД, виходячи з інтенсивності медичної допомоги та перерозподілу їх функцій, упорядкування інфраструктури та ліжкового фонду;
- запровадження чіткої системи направлень між різними рівнями медичних закладів, особливо до високоспеціалізованої медичної допомоги
- створення міжтериторіальних комунальних некомерційних господарських об'єднань лікарень (МГОЛ) на базі поєднання лікувальних закладів декількох районів та перерозподілу функцій між ними.



З урахуванням чинного законодавства України, структурна реформа галузі охорони здоров'я може здійснюватися двома шляхами:

- I із змінами в законодавстві, зокрема:
  - статті 49 Конституції з метою відміни заборони скорочувати наявну мережу державних та комунальних медичних закладів;
  - статей 32, 43 та 44 Закону України „Про місцеве самоврядування в Україні” з метою передачі повноважень щодо забезпечення функціонування первинної медико-санітарної допомоги на рівень районів та міст, а вторинної медико-санітарної допомоги - на рівень областей та тих районів, кількість населення в яких перевищує 100 000 осіб;
  - статей 88, 89 та 90 Бюджетного кодексу України з метою закріплення видатків на функціонування первинної медико-санітарної допомоги за районними бюджетами, а вторинної медико-санітарної допомоги - за обласними бюджетами та бюджетами лише тих районів, кількість населення в яких перевищує 100 000 осіб;
- II без змін у законодавстві: шляхом добровільного об'єднання зусиль та ресурсів бюджетів декількох районних та міських рад з метою утворення міжтериторіальних господарських об'єднань лікарень (МГОЛ), що обслуговують не менше 100 000 населення, яке проживає на території відповідних адміністративно-територіальних одиниць, та здатні надавати якісні медичні послуги. При цьому, маленькі лікарні, що стануть членами таких об'єднань, будуть перепрофільовані у заклади, які надають первинну медичну, паліативну допомогу та сестринські послуги (амбулаторії ЗП/СМ, лікарні сестринського догляду, хоспіси тощо).

Запропонований у цьому документі шлях добровільних структурних реформ галузі має бути виваженим, потребує політичної волі та відповідних рішень кожної окремої районної та міської ради, що здійснюватимуть таку реструктуризацію. Обов'язковою передумовою таких структурних реформ також є зміна організаційно-правового статусу медичних закладів шляхом реорганізації відповідних бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства.

Реструктуризація мережі лікарень не означає закриття всіх невеликих лікарень. Заборона скорочення мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я, у відповідності до положень Конституції, не стосується здійснення їх внутрішньої реструктуризації та перепрофільовання. Так, малі лікарні доцільно реорганізовувати у медико-соціальні заклади та заклади сестринського догляду в яких нині населення України має надзвичайно гостру потребу. Конституція також не забороняє здійснення функціональної спеціалізації лікарень на тих чи інших видах медичної допомоги.

Проведення заходів структурної реорганізації, що пропонується, не вимагає додаткового бюджетного фінансування, і може здійснюватися у рамках тих обсягів бюджетних коштів, які виділяються нині на галузь охорони здоров'я, відповідно до Закону про Державний бюджет України на відповідний рік (на основі існуючих формул розрахунку витрат на цю галузь). Більш того, проведення заходів структурної реформи дозволяє підвищити ефективність використання наявних фінансових, матеріально-технічних та людських ресурсів таким чином, що при тих самих обсягах фінансування з'являється можливість підвищити якість медичних послуг, які надаватимуться у медичних закладах вторинного рівня.

Незначні обсяги додаткового бюджетного фінансування при проведенні структурної реформи пов'язані лише із створенням у структурі районних адміністрацій відділів охорони здоров'я, які виконуватимуть функцію замовника при проведенні державних закупівель медичних послуг, необхідних для забезпечення населення безоплатною медичною допомогою.





### 5.2.2 Заходи інвестиційного характеру

Заходи інвестиційного характеру для розвитку системи медичної допомоги є необхідними для:

- поліпшення її оснащення (інвестування коштів у нарощування матеріально-технічних ресурсів галузі),
- формування мережі лікарських амбулаторій у сільській місцевості і у містах, відповідно до потреб населення, та модернізації наявних приміщень закладів ПМСД та ВМСД,
- належного забезпечення ПМСД лікарськими кадрами шляхом первинної спеціалізації достатньої кількості лікарів загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ) та перепідготовки лікарів за спеціальністю ЗПСМ з метою системного переходу до надання ПМСД на засадах сімейної медицини;
- посилення служби екстреної медичної допомоги за рахунок розвитку мережі станцій швидкої допомоги та забезпечення відповідним обладнанням і спеціальними транспортними засобами служби швидкої допомоги для покращення доступності і своєчасності надання послуг при гострих станах;
- утворення нового виду медичних закладів - університетських лікарень, з метою ефективного використання наукового потенціалу системи охорони здоров'я та впровадження у практичну медицину;
- підвищення престижності професії лікаря загальної практики-сімейної медицини, заохочення персоналу до роботи у сільській місцевості через підвищення рівня заробітної плати, та запровадження нових форм та методів оплати їх праці.

Для більшої ефективності, організаційні зміни повинні здійснюватися разом із запровадженням в медичних закладах систем управління якістю, без яких практично не можливо реалізувати та відслідковувати будь-які зміни якості послуг. З новими автономними організаціями та моделями діяльності постачальників послуг пов'язана потреба в нових практичних навиках управління процесом надання медичних послуг та сучасних інформаційних технологіях.



### 5.3 Раціоналізація надання медичних послуг

#### 5.3.1 Первинна медико-санітарна допомога

ПМСД є основою організації медичної допомоги всіх рівнів та основою для проведення профілактичної роботи серед населення. Розвитку ПМСД на засадах сімейної медицини приділяється пріоритетне значення.

Кроками в оптимізації діяльності первинної ланки медико-санітарної допомоги мають стати:

- розмежування (юридичне та фінансове) закладів, що надають первинну та вторинну медико-санітарну допомогу, як в сільській місцевості так і в містах;
- створення районних/міських(а в деяких випадках спільних районно-міських) центрів первинної медико-санітарної допомоги, які організаційно об'єднують у своїй структурі всі окремо-діючі нині на території району/міста підрозділи та заклади ПМСД
- вільний вибір населенням сімейного лікаря в межах території обслуговування конкретного центру ПМСД;
- нормативне визначення сімейного лікаря як організатора та диспетчера медичного маршруту пацієнта та вирішальної особи у системі направлень пацієнтів між рівнями медичної допомоги;
- укомплектування центрів ПМСД необхідним обладнанням та автотранспортом.

Для подальшого розвитку сімейної медицини необхідно:

- Створити відділи управління охороною здоров'я у районах/містах для посилення методологічної та управлінської роботи у системі ПМСД та ВМСД, які будуть виступати як замовники послуг безоплатної медичної допомоги.
- Об'єднати державні фінансові ресурси, що виділяються на фінансування ПМСД на рівні районних бюджетів без їх подальшого перерозподілу між бюджетами більш низького адміністративного рівня: фрагментація коштів ПМСД шляхом їх надання у бюджети малих сіл та селищ не дозволяє забезпечити постійне належне фінансування ПМСД, ефективно управління цими коштами та належний контроль за їх цільовим використанням, а , отже унеможливорює ефективне функціонування системи ПМСД у сільській місцевості.
- Передати рухоме та нерухоме майно закладів охорони здоров'я, що належать нині сільським та селищним громадам у спільну комунальну власність територіальних громад районів для підвищення ефективності використання всіх наявних ресурсів ПМСД (медико-технічного обладнання, лабораторних обстежень, фінансових ресурсів на утримання нерухомого майна, тощо), з одночасним підвищенням мобільності лікарів сімейної медицини та покращання стану транспортної інфраструктури районів. Це також сприятиме підвищенню якості медичного обслуговування та доступності якісної медичної допомоги жителям сільської місцевості.
- Відокремити процес надання ПМСД від процесу надання ВМСД, та створити у кожному з районів медичні заклади нового типу - центри ПМСД зі статусом окремої юридичної особи (комунальне некомерційне підприємство) шляхом:
  - організаційного виокремлення зі структури поліклінік та лікарень підрозділів ПМСД (терапевтичні, педіатричні дільниці та дільниці лікарів ЗПСМ)
  - передачі новоутвореним центрам ПМСД частини адміністративно-управлінського та допоміжного персоналу, відповідно до співвідношення посад лікарів ПМСД і лікарів спеціалістів у районі (центральні районні і міські лікарні на сьогодні виконують функції органів управління охороною здоров'я і мають відповідні штати згідно з нормативами для здійснення функції управління ОЗ району)



В рамках оптимізації та розвитку ПМСД передбачається:

- Провести реорганізацію дільничних і міських лікарень із фондом до 25 ліжок у лікарські амбулаторії/підрозділи центрів ПМСД та передати спеціалізовані штати, ліжковий фонд і відповідні штати, які не надають ПМСД, у розпорядження районних лікарень, або реорганізувати такі дільничні та міські лікарні у заклади медико-соціального призначення.
- Включити сільські лікарські амбулаторії до складу центрів ПМСД у якості підрозділів.
- Включити фельдшерсько-акушерські пункти (далі ФАПі) до складу центрів ПМСД як підрозділи лікарських амбулаторій.
- Реструктурувати мережу ФАПів наступним чином:
  - створити на базі ФАПів з кількістю охопленого населення понад 1000 осіб лікарські амбулаторії;
  - поступово закрити ФАПі з кількістю охопленого населення менше ніж 300 осіб, одночасно підвищивши мобільність сімейних лікарів шляхом забезпечення їх транспортними засобами;
  - реорганізувати у ФАПі лікарські амбулаторії, які охоплюють менше ніж 1000 осіб та доукомплектувати їх у відповідності до нормативів посад лікарів у найближчих лікарських амбулаторіях.
- Укомплектувати штати центрів ПМСД з дотриманням нормативів забезпеченості адміністративно управлінським та іншим персоналом (потребують розробки та затвердження) та нормативів навантаження:
  - на лікарів сімейної медицини: у сільській місцевості 1200 на 1 посаду, у місті -1500),
  - на молодших спеціалістів з медичною освітою: 2 посади на 1 лікарську посаду, або 600 осіб населення на 1 посаду у сільській місцевості і 750 у місті)
- Сформувані мережу лікарських амбулаторій у містах із забезпеченням пішохідної доступності до місць, в яких надається ПМСД (для людей похилого віку, вагітних та матерів з немовлятами тощо).
- Забезпечити ПМСД (сімейних лікарів, ФАПі, амбулаторії) засобами мобільного зв'язку: стільникові телефони для лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою та радіотелефони (за оцінками експертів приблизно 10% від кількості лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою для роботи у зонах ненадійного покриття стільниковим зв'язком), та організації єдиної диспетчерської системи невідкладної та екстреної допомоги.
- Забезпечити мережу ПМСД кадрами, передусім лікарями сімейної медицини, шляхом підвищення привабливості праці у первинній ланці, а саме:
  - Організувати безперервне (без відриву від виробництва) навчання, перекваліфікацію (спеціалізації за ЗЛП/СМ) та підвищення кваліфікації;
  - Підвищити рівень оплати праці шляхом переходу на нові методи оплати по-особове фінансування (із розрахунку кількості обслуговуваних осіб, які можуть перебувати в зоні обслуговування даного лікаря, або звернутися до нього з власної ініціативи);
  - Запровадити економічну мотивацію до збільшення обсягів і якості роботи, здійснення профілактики: цільове фінансування профілактичних заходів, застосування індикаторів якості і обсягів медичної допомоги та економічного стимулювання дотримання зазначених індикаторів, часткове фондоотримання;
  - Забезпечити житлом сімейний лікарів;



### 5.3.2 Вторинна медико-санітарна допомога

Низька ефективність профілактичної роботи на рівні ПМСД, недосконала організація роботи швидкої медичної допомоги в Україні зумовлюють невиправдано високий рівень споживання населенням послуг вторинної медико-санітарної допомоги, і насамперед тієї її частини, що надається в стаціонарах лікарень. Значна частина випадків госпіталізації до стаціонарних відділень лікарень є необґрунтованою і не пов'язана з тими захворюваннями та станами, які вимагають діагностики і лікування, постійного цілодобового медичного спостереження та інтенсивного догляду і можуть бути забезпечені винятково в умовах стаціонару.

Раціоналізація системи надання медичних послуг в цілому та послуг лікарень зокрема є тривалим процесом, потребує комплексного підходу, тому в його основу повинні бути покладені:

- переосмислення ролі та докорінної перебудови системи ПМСД;
- значні та постійні організаційні зусилля, спрямовані на запровадження та підтримку нових, орієнтованих на результат моделей діяльності сімейних лікарів, лікарів, які надають спеціалізовану амбулаторну допомогу, та лікарень.

Основними цілями процесу раціоналізації системи надання стаціонарних медичних послуг у лікарнях та спеціалізованих амбулаторних медичних послуг мають стати:

- забезпечення підвищення якості та доступності відповідних медичних послуг для тих пацієнтів, які мають в них зумовлену медичними показаннями обґрунтовану потребу,
- створення й постійна підтримка мотивації медичного персоналу до забезпечення водночас як якості, так і економічної ефективності послуг.

Враховуючи довготривалість цього процесу, він має бути розпочатий якомога раніше.

Використання такого підходу дасть можливість не лише забезпечити високоякісні та ефективні послуги вторинної медико-санітарної допомоги (ВМСД) населенню України найближчим часом, але й створити чітку та прозору модель управління розвитком системи надання медичної допомоги населенню у довгостроковій перспективі.

Усі невеликі лікарні (насамперед, сільські дільничні та малопотужні районні лікарні), які за сучасними міжнародними стандартами кращої практики не можуть розглядатися як повноцінні одиниці сектору вторинної медико-санітарної допомоги, мають стати частиною більш ефективної системи первинної медичної та медико-соціальної допомоги. У багатьох випадках на їх основі будуть створені амбулаторії (відділення) загальної практики/сімейної медицини, денні стаціонари. В інших випадках такі заклади стануть частиною системи медико-соціальної допомоги населенню.

Основними кроками, здійснення яких є необхідним для забезпечення раціоналізації системи вторинної медичної допомоги, є:

- проведення оцінки реальних потреб населення у конкретних видах стаціонарних та спеціалізованих амбулаторно-поліклінічних послуг і розробка планів оптимізації мережі закладів вторинної медичної допомоги на рівні кожної області;
- обґрунтування на основі результатів зазначеної вище оцінки потреб у інвестиціях, які необхідні для розвитку відповідних медичних закладів згідно з профілями та обсягами послуг, що надаватимуться цими закладами
- реорганізація комунальних (районних та міських) лікарень, що мають статус бюджетних установ, у комунальні некомерційні підприємства з метою надання цим закладам більшої фінансової та управлінської автономії та гнучкості;



- забезпечення розмежування первинної та вторинної медичної допомоги шляхом розділення існуючих поліклінік на самостійні центри первинної медичної допомоги із статусом комунальних некомерційних підприємств та консультативно-діагностичні центри спеціалізованої амбулаторної допомоги, що отримують статус самостійних юридичних осіб із статусом комунальних некомерційних підприємств або залишаються у складі районних (міських) лікарень із статусом комунальних некомерційних підприємств на правах окремих структурних підрозділів;
- запровадження державних закупівель медичних послуг на основі договорів між відповідними міськими радами (районними державними адміністраціями) як головними розпорядниками коштів місцевих бюджетів та медичними закладами - комунальними некомерційними підприємствами(лікарнями);
- запровадження в рамках зазначених вище договорів про державні закупівлі медичних послуг механізму фінансування постачальників медичних послуг за принципом глобального бюджету;
- визначення індикаторів оцінки якості медичних послуг, що надаються закладами вторинного рівня та запровадження на основі цих індикаторів відповідного моніторингу виконання цими закладами договірних зобов'язань, передбачених зазначеними вище договорами про державні закупівлі медичних послуг (для реалізації цього завдання будуть вжиті заходи щодо визначення послуг та засобів вимірювання результативності роботи надавачів різних типів медичних послуг, що стануть однією з обов'язкових складових договорів про державні закупівлі цих послуг);
- створення на основі відповідних положень Господарського кодексу України та Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні», міжтериторіальних господарських об'єднань лікарень (МГОЛ) у формі комунальних некомерційних корпорацій з подальшою спеціалізацією лікарень-учасників корпорацій. Таке об'єднання лікарень має ліжковий фонд 450-600 лікарняних ліжок, обслуговуючи населення в кількості 100-150 тис. жителів;
- у кожному із створених МГОЛ буде визначено головну лікарню для надання вторинної медичної допомоги (Центральна міжтериторіальна лікарня - ЦМЛ). Її вибір буде здійснюватися з урахуванням того, щоб кожен мешканець, який проживає на території створеного об'єднання, міг дістатися до цієї лікарні протягом не більше однієї години. ЦМЛ забезпечує надання стаціонарних та амбулаторних послуг пацієнтам, а також включає в себе центр невідкладної та екстреної допомоги, акушерське відділення, психіатричне відділення короткострокового перебування, геріатричне відділення та інфекційне відділення, а також повний спектр послуг для інших спеціальностей, що зазвичай включає в себе службу кардіології, отоларингології, гінекології, неврології, офтальмології та урології;
- реорганізація сільських дільничних, районних та міських лікарень потужністю до 40 ліжок у центри первинної медичної допомоги;
- перепрофілювання частини лікарень-учасників МГОЛ у заклади медико-соціальної допомоги (лікарні соціального догляду, лікарні сестринського догляду, реабілітаційні центри, денні стаціонари, хоспіси тощо) (інші лікарні, обслуговуватимуть пацієнтів, які після відвідування ЦМЛ вже не будуть потребувати інтенсивної допомоги, яка там буде надаватися. Це надасть змогу населенню лікуватися ближче до місця проживання, а також отримувати допомогу за місцем проживання у випадку хронічних захворювань. Таким чином, у кожному районі буде функціонувати медичний заклад для лікування хворих з хронічними захворюваннями);
- створення та підтримка функціонування чіткої системи направлень пацієнтів та взаємодії між секторами первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, забезпечення контролю за обґрунтованістю використання послуг лікарів-спеціалістів та госпіталізацій;



- розвиток денних стаціонарів, діагностичної та амбулаторної спеціалізованої допомоги у лікарнях:
  - хірургія одного дня пропонуватиме весь спектр хірургічних процедур, які не вимагають довготривалого цілодобового спостереження за пацієнтами в умовах хірургічного стаціонару, та використовуватиме служби діагностики, інструментальних досліджень та лабораторію основної стаціонарної лікарні. Серед процедур денного стаціонару - загальна та судинна хірургія, ортопедія, спінальна хірургія та офтальмологія. Хірургія одного дня можлива тільки за умови, якщо дохірургічний етап (направлення, діагностика, документація та згода пацієнта) організований належним чином, а персонал пройшов необхідне навчання. Хірургія одного дня перебере на себе значну частину робочого навантаження хірургічного відділення. Зміна статусу сусідніх ЦРЛ, їх використання як лікарень терапевтичного профілю, дозволить збільшити кількість місць для пацієнтів, виписаних з відділення хірургії одного дня, а також пришвидшить процес виписування пацієнтів зі стаціонарного відділення. Організація денного стаціонару призведе до зниження середнього перебування на ліжку та зменшить навантаження на стаціонарні ліжка хірургічного відділення, а також сприятиме уникненню “нераціонального використання ліжка”, оскільки ці ліжка займаються пацієнтами, які більше не потребують клінічної допомоги на території головної лікарні;
  - У денних стаціонарах здійснюється обслуговування значної кількості пацієнтів, які потребують нехірургічного втручання у лікарняних умовах, наприклад, ендоскопічне обстеження, а також такі незначні послуги, як ін'єкції, перев'язки та маніпуляції. Значна частина робочого навантаження амбулаторного відділення (далі АВ) може бути виконана у добре обладнаному відділенні денного стаціонару. Розширення спектру служб клінічної підтримки у головній лікарні дозволить розширити спектр послуг, які надаватимуться у денному стаціонарі, порівняно з послугами, які надаються у денному стаціонарі зараз;
- поступове запровадження інформаційних технологій для забезпечення збору та обробки статистичних даних на рівні кожного медичного закладу з метою забезпечення більш ефективного використання наявних ресурсів та цілеспрямованого виявлення недостатніх ресурсів:
  - створення механізму моніторингу для впровадження контрактних відносин та звітування за результати, аналізу впливів контрактних відносин на системні витрати. Ефективність контрактних відносин оцінюється, виходячи із щорічних результатів, та враховується у плануванні подальшої діяльності;
  - вдосконалення фінансового планування, управління та звітування (включно із підрахунком собівартості медичних послуг), заснованого на вдосконаленій системі статистичної звітності;





### 5.3.3 Третинна медична допомога

Третинна медична допомога є високоспеціалізованою медичною допомогою, що надається вузькими спеціалістами у загальних або спеціалізованих клініках для лікування складних, рідкісних або високовартісних випадків (centres of excellence) - лікарняна діяльність, яка не може бути забезпечена як елемент послуг загальної вторинної медико-санітарної допомоги на районному рівні. Такий розподіл мусить забезпечити якість допомоги, що вимагає особливих навичок персоналу, та економічну ефективність послуг такого рівня та масштабу. Лікарні ТМД також проводять навчання та дослідницьку діяльність (університетські навчальні лікарні), та надають медичну допомогу третинного рівня. Типовим зразком надання третинної високоспеціалізованої допомоги є трансплантація органів. Заклад третинної медичної допомоги мусить бути організований таким чином, щоб охоплювати населення не менше 1 мільйона.

Пріоритетним завданням в сфері інтеграції практичної охорони здоров'я та медичної науки і освіти є створення університетських клінік, оскільки в Україні сьогодні відсутнє єдине керівництво лікувальним, навчальним і науково-дослідним процесами, не розмежоване питання взаємної відповідальності за організацію лікувальної та навчальної роботи.

Однак, розвиток послуг третинної медичної допомоги неможливий без запровадження системи направлень та впорядкування потоку пацієнтів між різними рівнями медичної допомоги. Тому для повноцінного розвитку ТМД необхідно першочергово запровадити систему направлень до лікаря - пропонується схема, на підставі якої, організації первинної медико-санітарної допомоги виступають як «посередники» для вторинної і третинної медичної допомоги, з метою запобігання недоцільного звернення до будь-яких лікарень, включно з університетськими клініками. Хоча, деякі пацієнти можуть бути скеровані безпосередньо в заклади третинного рівня (університетські лікарні), більшість пацієнтів скеровується на третинний рівень спеціалістами новоутворених головних ВМСД закладів. Такі направлення мають місце у випадках, коли спеціалісти головних ВМСД закладів не спроможні забезпечити адекватне лікування чи допомогу на районному рівні.

Класична університетська лікарня-багатопрофільна (в ній розвивається понад 20 напрямів, по кожному із яких проводять підготовку фахівців і наукові дослідження, надають високоспеціалізовану медичну допомогу населенню) і розрахована на 1,5-2 тисячі ліжок.

Формою об'єднання для створення таких лікарень в Україні може стати державна корпорація, в яку на договірних засадах об'єднуються обласні лікарні і вищі навчальні медичні заклади IV рівня акредитації, делегуючи один одному окремі повноваження централізованого регулювання діяльності кожного з органів управління корпорацією;

Створення університетських лікарень на базі багатопрофільних лікувально-профілактичних закладів та вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації та закладів післядипломної освіти дозволить:

- мобілізувати науковий, інтелектуальний, економічний, технологічний, організаційно-управлінський потенціал і кадровий ресурс обласних лікарень, інших лікарняних установ регіону та вищих навчальних медичних закладів;
- забезпечити надання високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги, підвищити якість підготовки медичних кадрів та ефективність наукових досліджень, їх впровадження у практику;
- залучати інвестиції в охорону здоров'я.



### 5.3.4 Швидка (невідкладна) допомога

Швидка та невідкладна медична допомога є важливою ланкою між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги.

Своєчасність надання пацієнтам з гострими та невідкладними станами, травмами, отруєннями і т.д. якісної медичної допомоги дозволяє зберегти їх здоров'я та життя.

Міністерство охорони здоров'я України ставить завдання забезпечити організацію швидкої та невідкладної медичної допомоги у відповідності до кращих європейських взірців<sup>24</sup>. В першу чергу результати наданої медичної допомоги залежать від її своєчасності. Нормативом доїзду до пацієнта з моменту виклику бригади швидкої допомоги визначено в містах 15 хвилин, а в сільській місцевості 20 хвилин.

Для цього передбачається:

- розширення мережі станцій на підстанцій швидкої медичної допомоги;
- забезпечення служби швидкої медичної допомоги сучасним медичним автотранспортом, в тому числі для перевезення пацієнтів в тяжких станах з можливістю надавати невідкладну допомогу під час транспортування;
- забезпечення відповідної професійної підготовки медичних працівників швидкої медичної допомоги;
- повне забезпечення служби швидкої медичної допомоги лікарськими засобами та засобами медичного призначення;
- розробка стандартів надання швидкої медичної допомоги;
- розробка системи управління якістю швидкої медичної допомоги.

Вдосконалення системи швидкої та невідкладної медичної допомоги передбачає необхідність наступних організаційних змін:

- Запровадження Єдиного номера для звернення в службу швидкої та невідкладної допомоги:
  - Забезпечити створення та стабільне функціонування єдиної загальнонаціональної контрольної служби швидкої та невідкладної медичної допомоги, як компоненту єдиної контрольної служби реагування № 112 із автоматичною реєстрацією дзвінків від населення та захистом такої інформації від неправомірного доступу.
  - Розробити інформаційну кампанію для громадян, яка б пропагувала номер 112.
- Введення в дію інформаційно-довідкових та диспетчерських центрів:
  - Створити інформаційно-довідковий центр. Географічне розташування цього центру не критично важливе, оскільки, фактично, комунікаційні технології дозволяють будь-яке розташування.
  - Створити мережу станцій та підстанцій, врахувавши географічні особливості місцевості та необхідність прибуття на місце виклику до пацієнтів у станах, що загрожують життю (таких як інсульт, інфаркт міокарда, тощо), не пізніше ніж за 8 хвилин. Інші випадки можуть чекати довше.
  - Вдосконалення доступності державної невідкладної допомоги, забезпечення прибуття бригад невідкладної допомоги в рамках 15 хвилин у містах та 20 хвилин у сільських районах, також через надання таких послуг альтернативними постачальниками у регіонах, де це необхідно.
  - Встановити зв'язок та протоколи узгодження дій між закладами ПМСД, ПШМСД та відповідними відділеннями та для транспортування пацієнтів





- Утворення відділень невідкладної допомоги у лікувально-профілактичних закладах:
  - Розробити та затвердити положення щодо відділень невідкладної допомоги у лікувально-профілактичних закладах;
  - Забезпечити належне укомплектування відділення обладнанням відповідно до табелів обладнання;
  - Розробити протоколи для управління найчастішими невідкладними станами, включно з встановленням почерговості надання медичної допомоги.
  - Запровадити системи оцінки результатів діяльності, системи якості та акредитації відділень невідкладної допомоги у лікувально-профілактичних закладах;
  - Запровадити механізми моніторингу клінічної безпеки пацієнтів
  - Запровадити черговість на надання медичної допомоги в залежності від складності випадку, за можливості, за допомогою комп'ютеру
  - Визначити показники оцінки результатів діяльності: на міжнародному рівні застосовуються інтервали часу.
  - Розробити протоколи виписки пацієнтів та їх переведення із відділень невідкладної швидкої медичної допомоги та з лікарень до Центрів ПМСД
- Запровадження інформаційних та комунікаційних систем:
  - Забезпечити транспортні засоби відповідним комунікаційним обладнанням
  - Створити внутрішні інформаційні мережі для вдосконалення зв'язку між службою невідкладної медичної допомоги та відділеннями невідкладної допомоги у лікарнях в режимі реального часу
- Для подальшого планування кадрових ресурсів необхідно:
  - Визначити кількість та типи фахівців, що працюватимуть у мережі закладів невідкладної швидкої медичної допомоги від пунктів прийому термінових дзвінків та диспетчерського центру до відділень невідкладної швидкої медичної допомоги та відповідних відділень лікарні.
  - Визначити посадові інструкції для медичного та немедичного персоналу у пунктах приймання дзвінків з невідкладних ситуацій та структурних підрозділах, а також їхніх ієрархічних обов'язків.
  - Запровадити чітке визначення мінімальних необхідних компетенцій та навичок медичного персоналу у службах невідкладної медичної допомоги
  - Розробити програми заходів та призначення необхідних фахівців для виконання відповідних завдань (від водіїв карети невідкладної швидкої медичної допомоги до персоналу відповідних відділень).
  - Забезпечити на призначення на посади пункту прийому невідкладних дзвінків та диспетчерського центру виключно підготовлених фахівців
  - Визначити відповідні управлінські посади та забезпечити призначення кандидатів виключно після проходження спеціалізованого навчання
  - Визначити перелік фахівців, що сприятимуть забезпеченню інтеграції діяльності в рамках надання швидкої невідкладної медичної допомоги



- Для подальшого нарощування кадрового потенціалу:
  - Забезпечити підготовку медичного та немедичного персоналу відповідно до визначених ролей та функцій
  - Запровадити спеціалізацію з невідкладних станів у навчанні медсестер.
  - Включити в перед дипломні програми лікарських та сестринських навчальних закладів обов'язкове вивчення курсу невідкладних станів та медицини катастроф
  - Забезпечити безперервну підготовку немедичного персоналу (співробітники органів охорони правопорядку та пожежники) для надання першої допомоги у надзвичайних ситуаціях
  - Розробити відповідні програми для забезпечення відповідної компетенції управлінців вищої та середньої ланки
  - Обговорити сприяння співпраці між фахівцями різних спеціальностей (від персоналу пунктів прийому дзвінків з приводу невідкладних ситуацій, спеціалістів швидкої невідкладної медичної допомоги та відповідних відділень)
  - Забезпечити підготовку населення (цивільних рятівників) у малонаселених та ізольованих місцевостях
  - Розробити основні навчальні матеріали для підготовки, що можуть застосовуватися у навчальних закладах всієї країни для медичного, немедичного персоналу та для цивільних рятівників
  - Забезпечити регулярну перевірку підготовки персоналу диспетчерських центрів, пунктів невідкладної допомоги та відділень швидкої невідкладної допомоги лікарень.



#### 5.4 Система управління якістю у сфері охорони здоров'я

Якість є «ступінь, до якого медичні послуги для окремих осіб та населення взагалі збільшують можливість бажаного результату стосовно здоров'я, та є узгодженими із сучасним професійним знанням» (USAID, 1999).

Забезпечення якості медичної допомоги населенню є одними з найважливіших завдань системи охорони здоров'я у будь якій країні, та особливо зростає в період реформування галузі охорони здоров'я.

Ідеологія безперервного покращання якості базується на наступних основних положеннях:

- більша частка проблем якості медичного обслуговування пов'язана не з невдачами окремих співробітників, а обумовлена недоліками системи охорони здоров'я,
- зусилля щодо удосконалення системи повинні бути спрямовані не на потреби медичних закладів а, перш за все, на потреби пацієнтів; та чотирьох принципах:
- чітке визначення цілей підвищення якості,
- встановлення, поширення і застосування найкращих результатів (найкраща практика),
- постійна професійна самооцінка і саморегулювання;
- участь у програмах пацієнтів.

Першочергове значення для управління якістю має стандартизація медичної допомоги та акредитація. Досягнення мети щодо впровадження системи управління якістю медичної допомоги можливе за умови вирішення наступних завдань:

- розробка Національної стратегії з питань управління якістю медичної допомоги
- зміна парадигми з ретроспективної оцінки (контролю) якості на безперервне (проспективне) покращення якості
- створення національного незалежного Агентства з Якості та Акредитації, яке мусить виконувати 2 основні функції: регулювання та підвищення рівня якості медичної допомоги. Реалізація даних функцій відбувається шляхом:
  - забезпечення проведення акредитації медичних закладів за відповідними стандартами акредитації;
  - сприяння МОЗ України у розробці критеріїв для національних стандартів за принципами доказової медицини;
  - забезпечення розробки рекомендацій, побудованих за принципами доказової медицини, та відповідних стандартів якості; поширення розроблених рекомендацій та стандартів якості серед медичної громадськості;
  - забезпечення інформаційної підтримки вищого органу виконавчої влади та центрального органу управління охороною здоров'я щодо питань якості медичної допомоги в країні та процесу акредитації медичних закладів;
  - надання підтримки професійним асоціаціям та організаціям в сфері охорони здоров'я щодо забезпечення безперервного професійного розвитку медичних працівників з питань якості медичної допомоги;
  - розробка системи акредитації медичних закладів шляхом розробки показників результативності діяльності та індикаторів якості;
  - надання підтримки УОЗ у питаннях, пов'язаних з управлінням якістю медичної допомоги;
  - вивчення звітів про проходження акредитації та планування візитів на місця для забезпечення зовнішнього контролю;
  - в перспективі - проведення оцінки медичних технологій в рамках консультацій МОЗ України та Уряду;



- перегляд вимог до Акредитації медичних установ та розробка нового комплексу процедур, стандартів та процесу оцінки, які б відповідали структурі національної політики та стратегії щодо якості :
  - обмежена кількість чітких, продуманих та обґрунтованих, з огляду на докази, стандартів для управління якістю медичної допомоги
  - збільшення акредитаційного циклу до 5 років
  - підготовка кадрів для функціонування нової системи акредитації.
- приведення процесу стандартизації медичної допомоги до єдиної методики, запровадивши в практику наказ № 102/18 от 19.02.2009 та №798/75 від 03.11.2009 «Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини»
  - одними з перших стандартів мають стати стандарти основ управління та управління ризиками
  - кількість та теми визначаються МОЗ України
  - обов'язкова консенсуальність під час розробки (не менше 3 розробників, рецензування, апробація)
  - єдина структура (програмний продукт) і єдина термінологія (класифікатори)
  - обов'язкові та додаткові критерії виконання стандартів
- забезпечення членства МОЗ України в міжнародних організаціях, що надають підтримку розробникам КР/МС/ЛП (GIN, ADAPTE...);
- перегляд рекомендацій щодо переліку індикаторів оцінки результативності лікарень та клінічних індикаторів якості;
- реалізація у діяльності закладів охорони здоров'я заходів щодо впровадження системи управління якістю на всіх рівнях надання медичної допомоги;
- процес клінічного аудиту має стати частиною рутинної діяльності медичного закладу щодо покращення якості медичної допомоги;
- створення інформаційної системи для підтримки та моніторингу системи управління якістю медичної допомоги.

Безперервне підвищення якості передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід до покращання якості, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому, шляхом постійної модифікації і вдосконалення самої системи, а не шляхом виявлення і покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають встановленим нормам.



### 5.5 Кадрова політика

Кадрова політика відіграє ключову роль в успішному запровадженні реформ системи охорони здоров'я та її подальшому сталому розвитку.

Досвід країн ЄС показує, що шлях до прогресу полягає в розширенні автономії постачальників медичних послуг, паралельно з впровадженням нових механізмів звітності, орієнтованих на результат. Аналіз тенденцій в країнах ЄС показує, що в найближчому майбутньому слід очікувати призначення на керівні посади не лікарів, а економістів, юристів, менеджерів, тощо.

- Підготовка управлінських кадрів в системі охорони здоров'я:  
Виклики, як і на даний момент кинуті в сфері охорони здоров'я України, чітко сигналізують про потребу в стратегії найму та утримання персоналу, а також розвитку більш комплексних управлінських навичок в системі управління охорони здоров'я. Якщо раніше було достатньо хороших клінічних навичок, разом з певним рівнем знань за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я» для керівників медичних закладів, то сьогодні вимагає навичок і знань з питань стратегічного та операційного планування, економіки та фінансів, проведення переговорів, лідерства, маркетингу та управління кадрами.

Запропоновані заходи щодо реорганізації та реструктуризації системи надання медичної допомоги в Україні потребують впровадження нових кваліфікаційних вимог до осіб, які займають, або претендують на керівні посади у системі охорони здоров'я, та посадових інструкцій для них. Зазначені кваліфікаційні вимоги ґрунтуються на нових принципах відбору, підготовки, перепідготовки та безперервного професійного розвитку управлінських кадрів системи охорони здоров'я України. Для цього необхідно вдосконалити програму професійної підготовки управлінських кадрів системи охорони здоров'я «Програма післядипломної підготовки керівників медичних закладів за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» та відповідні навчальні матеріали.

- Удосконалення вищої медичної освіти:  
Основною метою реформи вищої медичної та фармацевтичної освіти є підготовка творчо мислячого, конкурентоспроможного фахівця для системи охорони здоров'я.  
Реформа вищої медичної освіти повинна бути розрахована на підготовку фахівців, професійної якості яких відповідали б вимогам ринку праці, процесам глобалізації і євроінтеграції.  
Основними пріоритетами системних перетворень в медичній освіті залишається:
  - поліпшення якості підготовки лікарів загальної практики/сімейної медицини;
  - реорганізація системи і значне поліпшення якості підготовки середніх медичних працівників для поступового збільшення їх частки у структурі медичного персоналу;
  - сприяння запровадження системи європейських і міжнародних тенденцій та стандартів післядипломної підготовки лікарів, таких як резидентура, яка передбачає спеціалізацію лікарів за базовими спеціальностями, в тому числі і за спеціальністю “загальна практика/сімейна медицина”. У клінічній ординатурі здійснюватиметься спеціалізація лікарів за субспеціальностями. Це сприятиме пріоритетному розвитку первинної медико-санітарної допомоги, забезпечить рівновагу між наданням вторинної і третинної медико-санітарної допомоги;
  - запровадження безперервної професійної освіти (БПО) для підтримання та підвищення рівня професійної компетентності лікаря, що гарантує надання медичної допомоги відповідно до розвитку науки та нових медичних технологій;
  - забезпечення об'єктивного контролю рівня якості підготовки фахівців за допомогою стандартизованих методик визначення відповідності досягнутого рівня знань та навичок вимогам освітньо-кваліфікаційної та кваліфікаційних характеристик.
- Навчання персоналу для системи охорони здоров'я:  
Необхідно визначити потреби у сфері навчання, відповідно до змін у стратегії розвитку системи охорони здоров'я України та забезпечити розробку відповідних програм післядипломної освіти для :
  - управлінських кадрів (головний лікар і відповідні заступники)
  - медичних кадрів (лікарів та молодших медичних спеціалістів)
  - немедичних кадрів (юристів, фінансистів, бухгалтерів, економістів, фахівців з інформаційних технологій та кадрових питань),
  - технічного персоналу.



Зазначені програми навчання повинні надаватись як в рамках післядипломної освіти, так і на короткотривалій основі в рамках безперервного професійного розвитку (БПР).

Необхідно також запровадити навчання на рівні кожного медичного закладу, куди можна включити орієнтацію нового співробітника на робочому місці, наставництво, навчання з питань використання наявних у медичному закладі інформаційних та медичних технологій та початкової управлінської підготовки в процесі формування резерву.

В контексті євроінтеграції і приєднання до Болонського процесу, слід продовжити роботу над удосконаленням додипломної підготовки лікарів у вищих медичних навчальних закладах

В рамках підвищення впливу ПМСД, необхідно забезпечити підвищення ролі молодших медичних спеціалістів для ефективного виконання ними медичних функцій, а також для пропаганди здорового способу життя, консультування з приводу профілактики захворювань, правильного харчування та захисту здоров'я. Також необхідно забезпечити впровадження у навчання лікарів ЗПСМ питань надання геріатричних, довгострокових, реабілітаційних та медико-соціальних послуг;

- **Планування кадрового потенціалу:**

Планування кадрових ресурсів залежить від демографії та стану здоров'я населення. Саме тому, відповідальність за виконання цієї функції має бути делеговано на рівень медичного закладу, в рамках підвищення рівня управлінської автономії та зміни статусу медичного закладу. На центральному рівні має бути збережено та вдосконалено постійно оновлюваний цифровий Реєстр медичних кадрів, який включає в себе:

- загальні відомості про працівника (прізвище, ім'я, по-батькові, рік народження);
- інформацію про відповідну освіту, що підтверджує право працівника займатися медичною або фармацевтичною практикою (який навчальний заклад закінчив, у якому році, дата видачі, номер та серія диплому, спеціальність за дипломом);
- місце роботи (область, повна назва, тип закладу), займана посада та спеціальність;
- фаховий рівень (вид атестації - звання лікаря спеціаліста, категорія, за якою спеціальності, дата атестації, назва органу (закладу), що проводив атестацію);
- підвищення кваліфікації (вид підготовки - інтернатура, спеціалізація, передатестаційний цикл, тематичне удосконалення, курси інформації та стажування; дата підвищення кваліфікації, на базі якого навчального закладу, за якою спеціальністю);
- вчений ступінь, серія та номер диплома кандидата (доктора наук), дата видачі диплома, тема дисертації;
- акредитація закладу (дата, категорія, термін дії акредитації, дата та номер наказу МОЗ України про затвердження рішення акредитаційної комісії).

Такий реєстр дозволить оцінювати кількість та спеціалізацію реально практикуючих лікарів та середнього медичного персоналу, планувати відтік персоналу за віковими категоріями а також вести систему державного замовлення на підготовку медичних та немедичних кадрів, необхідних для системи охорони здоров'я.

Використання реєстру також дозволить розглянути можливості вдосконалення процедури ліцензування медичних працівників та втрати ліцензії на медичну практику.



- Зміна механізму оплати праці:  
Нормативно-правова база України передбачає оплату на основі посадових окладів, затверджених Кабінетом Міністрів України і враховує лише відпрацьований час. Це, безперечно, зумовлює відсутність у медичних працівників будь-яких мотивацій до підвищення рівня якості, а у керівників медичних закладів - ефективного і раціонального використання ресурсів для задоволення потреб населення у наданні медичної допомоги. Адже ні методи оплати праці, ні доступ до керівних посад не залежать від об'єктивної оцінки результатів діяльності та необхідності їх покращувати. Саме тому необхідно запровадити розподіл виплат співробітнику на:
  - базову заробітну плату,
  - коригуючі коефіцієнти до базової заробітної плати,
  - надбавки на основі оцінки результатів діяльності (і такими результатами не можуть вважатися кількість візитів або пролікованих пацієнтів, а лише результати лікування).

Для запровадження диференційованої заробітної плати медичних працівників планується ввести критерії оплати та показники якості роботи на основі вимог до кожної спеціальності та рівня надання медичної допомоги населенню.





### 5.6 Розвиток інформаційних технологій

Головним завданням інформаційних технологій в системі охорони здоров'я є координація та забезпечення підтримки в плануванні та управлінні рівнем надання медичних послуг, а також використання інформації та збору даних як інструменту для вирішення різних проблем на усіх рівнях системи охорони здоров'я. Щоб інформація найкращим чином впливала на управління в системі охорони здоров'я, вона мусить використовуватися на усіх рівнях управлінської ієрархії.

Метою інформатизації є:

- підвищення ефективності роботи установ та закладів охорони здоров'я, а також контролюючих органів, завдяки кращому доступу до достовірної та повної інформації про пацієнтів медичних закладів;
- надання узагальнюючої інформації для ефективного моніторингу та підтримки прийняття управлінських рішень та планування;
- створення баз даних, що містять детальну інформацію про пацієнтів, які доступні з усіх точок доступу в середині державної медичної інформаційної мережі, з дотриманням захисту персоналізованої інформації.

На національному рівні інформатизацію в охороні здоров'я необхідно починати з розробки Єдиної інформаційної системи охорони здоров'я, що дасть змогу інтегрувати різні програмні та технічні рішення у єдиному концептуальному просторі.

Під Єдиною інформаційною системою ОЗ необхідно розуміти методичку побудови інформаційної інфраструктури галузі за єдиною концепцією та програмою з виділенням етапності реалізації. Вона повинна охоплювати всі сфери діяльності ОЗ та поєднувати на основі загальних регламентів функціонування. Створення обласних телемедичних центрів та телемедичної мережі дозволить прискорити процес реалізації єдиної інформаційної системи ОЗ.

Впровадження єдиної інформаційної системи охорони здоров'я повинно здійснюватися у кілька етапів:

- короткострокові завдання, реалізація яких надасть можливість створити потужну нормативно-правову базу інформатизації, яка регламентує основні технічні та організаційні вимоги до створення інформаційних систем медичних закладів та установ. Розробка стандартів електронних форм медичних документів дозволить уніфікувати створення інформаційних систем різними виконавцями тощо. До цього також відноситься:
  - Вирішення питання про персональний ідентифікаційний код кожного пацієнта, що присвоюється за місцем реєстрації в первинній медико - санітарній установі, а новонародженим - в пологових будинках. Це дозволить надалі відслідковувати шлях пацієнта в системі ОЗ та полегшить створення електронної карти пацієнта
  - Розробка стандарту обміну даними між різними медичними установами та інформаційними системами які на даний час вже діють.
  - Розробка системи передачі та обробки даних для отримання інформації належної якості для кожної управлінської функції на всіх рівнях
- середньострокові завдання дозволять розробити загальну архітектуру єдиної інформаційної системи охорони здоров'я, створити технічну та інформаційну базу закладів охорони здоров'я та забезпечити ефективний обмін медичною інформацією між медичними закладами та установами.
- довгострокові завдання дозволять запровадити електронний документообіг у медичних закладах та установах та створити єдиний інформаційний простір галузі з можливістю подальшого впровадження інтелектуальних інформаційних систем в практику охорони здоров'я (системи підтримки управлінських рішень, системи підтримки постановки діагнозу та віддаленого управління медичними процесами)





На рівні медичної установи впровадження інформаційних технологій необхідно проводити тільки за умови наявності затвердженого стандарту обміну даними між різними рівнями системи ОЗ, оскільки архітектура інформаційної системи медичної установи буде повністю базуватися на новозатверджених стандартах обміну даними.

Перехід до електронної картки пацієнта може здійснюватися тільки паралельно з початком реєстрації пацієнтів та присвоєнням кожному з них свого персонального ідентифікаційного коду. В Україні таким персональним ідентифікаційним кодом може бути вже існуючий ідентифікаційний номер фізичної особи-платника податків та інших обов'язкових платежів. В інших країнах використовуються коди, які генеруються таким чином: ID пацієнта може мати наступний формат:

**ДДММРРАНННС**, де

**ДДММРР** - день, місяць та рік народження(останні дві цифри) особи,

**А** - алфавітно-цифровий знак, що визначає стать особи та століття народження,

**НННН** - послідовність чотирьох цифр, що є унікальною та видається кожній людині, що народилася у певний день,

**С** - цифра контрольної суми.

Використання послідовності з чотирьох цифр має бути достатнім для України, оскільки допускає ідентифікацію більше 700 000 новонароджених на рік (на сьогоднішній день рівень народжуваності в Україні (9.55/1000 із населенням у 46 млн. осіб) менший за півмільйона на рік).

Міграція з паперових записів до всеосяжної системи ЕМК займе декілька років та буде досить витратним процесом для постачальників медичних послуг при впровадженні. Впровадження відбуватиметься у три етапи:

1. На першому етапі (1-3 роки) припускається, що постачальники (тобто амбулаторії, лікарні та будинки догляду) зосередяться на (1) охопленні важливої інформації про пацієнтів, що часто вже існує в електронній формі, напр. лабораторні та радіологічні результати; (2) придбання обмеженої кількості інструментів підтримки рішень, для яких на ринку вже доступне програмне забезпечення (далі ПЗ) (напр., внесення замовлень, електронні рецепти); та (3) генеруванні звітів, яких вимагають зовнішні організації стосовно оглядів якості та безпеки, а також звітів про стан здоров'я населення.
2. На другому етапі (3-6 років), ЕМК системи постачальників повинні (1) дозволяти витяг визначених наборів медичної інформації, (2) містити основний набір функцій підтримки прийняття рішень (напр., підтримку клінічних рекомендацій, план надання допомоги), та (3) підтримувати обмін основними медичними даними пацієнта та комунікації (напр., лабораторні результати, дані про ліки, звіти, виписки) між постачальниками допомоги (тобто аптеками, лікарнями, будинками догляду, та ін.) всередині громади.
3. На третьому етапі (6-8 років), повністю функціональні, всеосяжні ЕМК системи впроваджені у деяких медичних системах та регіонах. Втім, це може зайняти значно більше часу, для того, щоб всі постачальники використовували всеосяжні ЕМК системи, які б забезпечували постійний збір повної медичної інформації особи; швидкий доступ до інформації про пацієнта всіх авторизованих користувачів у безпечному середовищі; широке використання систем підтримки знань та підтримки прийняття рішень; а також широку підтримку прикладних програм, що не відносяться до безпосередньої допомоги пацієнту (тобто здоров'я населення, клінічні дослідження).





