

Стратегія реформи системи охорони здоров'я спрямована на забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я та передбачає наступні шляхи її реалізації.

ПРИНЦИПИ РЕФОРМУВАННЯ

Основними принципами є:

структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі – центрів ПМСД) та госпітальних округів з урахуванням особливостей адміністративних територій (щільності та характеру розселення населення, стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, їх профілю та структури медичних послуг) та диференціація закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, з урахуванням інтенсивності її надання;

запровадження вільного вибору пацієнтом лікаря первинного рівня медичної допомоги;

створення раціонального медичного маршруту пацієнта для надання медичної допомоги;

централізація коштів на надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні районних/міських бюджетів, на надання вторинної, третинної та екстренної медичної допомоги - на рівні обласних бюджетів;

запровадження системи індикаторів якості медичних послуг, що надаються на первинному, вторинному та третинному рівнях медичної допомоги;

запровадження договорів на виконання бюджетної програми в охороні здоров'я.

СТРУКТУРНА ПЕРЕБУДОВА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Створення умов для реформування системи охорони здоров'я передбачає наступне.

1. Розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, визначення переліку послуг відповідно до рівня допомоги.
2. Затвердження стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів.
3. Прийняття органами місцевого самоврядування та регіональними органами виконавчої влади з охорони здоров'я відповідних рішень щодо структурної перебудови системи охорони здоров'я.

Заклади охорони здоров'я після проведення структурних перетворень відповідно до функцій, які на них покладені повинні бути переоснащені згідно з табелями оснащення, затвердженими центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

ПЕРВИННИЙ РІВЕНЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Реорганізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну допомогу передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я шляхом оптимізації мережі закладів охорони здоров'я.

Оптимізація мережі закладів охорони здоров'я (їх підрозділів), що надають первинну медичну допомогу включає:

виділення із структури центральних районних лікарень, центральних міських та міських лікарень міст, дитячих лікарень, самостійних міських поліклінік та дитячих поліклінік, підрозділів, що надають первинну медико-санітарну допомогу, та створення на їх базі мережі амбулаторій загальної практики-сімейної медицини з чисельністю лікарів загальної практики - сімейних лікарів не менше одного і не більше десяти. У перехідний період на адміністративних територіях з недостатньою кількістю лікарів загальної практики-сімейних лікарів амбулаторії загальної практики-сімейної медицини можуть комплектуватися лікарями дільничними терапевтами та лікарями дільничними педіатрами;

реорганізацію сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень, фельдшерсько-акушерських пунктів (далі - ФАПів), фельдшерських пунктів (далі - ФП), що обслуговують понад 1200 осіб, у амбулаторії загальної практики сімейної медицини;

створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі - центри ПМСД) із статусом юридичної особи, до складу яких входять амбулаторії загальної практики сімейної медицини та ФАПи, що забезпечують надання первинної лікарської, долікарської та невідкладної допомоги населенню окремого сільського району та у містах з чисельністю населення, яке обслуговується одним центром до 100 тис осіб.

На період структурної перебудови до штатного розкладу центрів ПМСД можуть включатися посади лікарів офтальмологів, отоларингологів, акушерів-гінекологів, педіатрів, хірургів, невропатологів, психіатрів, які надаватимуть первинну медичну допомогу при певних захворюваннях і чисельність яких буде визначається на основі потреб населення території, що обслуговується таким центром.

Функції центру ПМСД:

організація та надання первинної медичної допомоги населенню;

укладання договорів із замовником про надання населенню медичних послуг з первинної медичної допомоги в рамках бюджетної програми в охороні здоров'я (далі – бюджетна програма);

планування та координація діяльності підрозділів закладу;

планування та прогнозування потреби щодо фінансування бюджетної програми, розподіл коштів між структурними підрозділами центру ПМСД;

розподіл видатків закладу;

забезпечення якості медичної допомоги;

облік та звітність;

впровадження механізму реалізації права пацієнтів вільно вибирати та змінювати лікаря загальної практики - сімейного лікаря у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я;

впровадження механізмів забезпечення організації доступу пацієнтів до спеціалізованої допомоги через направлення лікаря загальної практики - сімейного лікаря або лікарів дільничних терапевтів та лікарів дільничних педіатрів за винятком випадків, що потребують надання екстреної медичної допомоги;

визначення і розподіл стимулюючих виплат для працівників та інші функції.

ВТОРИННИЙ РІВЕНЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Реорганізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я шляхом оптимізації мережі закладів охорони здоров'я.

Оптимізація мережі закладів охорони здоров'я (їх підрозділів), що надають вторинну медичну допомогу, включає:

створення госпітальних округів, які об'єднують заклади декількох районів або міст і районів. Чисельність населення, що обслуговується закладами госпітального округу, визначається залежно від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій у межах від 100 тис до 500 тис осіб;

проведення перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги, які входять до складу госпітального округу з урахуванням їх матеріально-технічного та кадрового потенціалу, профілю діяльності та структури медичних послуг, у заклади, що надають допомогу різної інтенсивності.

Перепрофілювання закладів вторинної медичної допомоги передбачає створення:

багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування – для надання цілодобової медичної допомоги хворим (плановим та у гострому стані), що потребують високої інтенсивності лікування та догляду – одна на округ;

лікарень для проведення планового стаціонарного лікування з поліклінічними відділеннями у кожному районі, місті без районного поділу або у районі міста – для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або доліковування з використанням стандартних схем лікування - відповідно до потреб у допомозі такої інтенсивності;

лікарень з поліклінічними відділеннями для відновлювального лікування – для відновлення функцій, порушених в результаті захворювання чи травми, з метою попередження інвалідності та/або реабілітації інвалідів – до двох на округ;

хоспісів – для надання паліативної допомоги та психологічної підтримки хворих в термінальному стані – один на округ;

лікарень для надання медико-соціальної допомоги/сестринського догляду – для забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим, кількість яких визначається обласним управлінням охорони здоров'я відповідно до потреб;

консультативно-діагностичних центрів - у складі багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування та лікарень для проведення планового стаціонарного лікування або на базі самостійних міських поліклінік;

об'єднання багатопрофільних і монопрофільних або спеціалізованих закладів охорони здоров'я, за виключенням протитуберкульозних закладів та потужних (більше 1000 пологів на рік) пологових будинків.

Реорганізація системи надання швидкої допомоги передбачає створення в області Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, до складу якого входять станції швидкої допомоги із розрахунку – одна на госпітальний округ, з мережею підстанцій, що дозволить забезпечити доїзд до пацієнта у межах десяти хвилин в місті та двадцяти хвилин у сільській місцевості.

Надходження пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу здійснюється наступним чином:

до лікарень інтенсивного лікування – доставка санітарним транспортом або самозвернення пацієнтів, або за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря, або лікаря спеціаліста;

до стаціонарних та поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих - за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря;

до лікарень відновного лікування – за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря, лікарів лікарень інтенсивного лікування, лікарів-спеціалістів лікарень планового лікування, закладів третинної медичної допомоги;

до лікарень медико-соціальної допомоги та хоспісів – за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря;

до самостійних консультативно-діагностичних центрів, консультативно-діагностичних центрів лікарень планового лікування - за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря; до консультативно-діагностичних центрів лікарень інтенсивного лікування – за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря або лікаря спеціаліста.

ТРЕТИННИЙ РІВЕНЬ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Реорганізація системи надання третинної медичної допомоги передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я шляхом оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають таку допомогу.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога надаватиметься обласними лікарнями, центрами високоспеціалізованої медичної допомоги та клініками науково-дослідних інститутів.

З метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації на базі обласних клінічних лікарень можуть

утворюватися університетські клініки.

ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНА ПЕРЕБУДОВА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Фінансово-економічна перебудова системи охорони здоров'я передбачає наступні принципи.

Перерозподіл ресурсів між закладами первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.

Концентрацію бюджетних коштів для надання первинної медико-санітарної допомоги, включаючи невідкладну - на районному/міському рівнях, на надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги - на обласному рівні.

Застосування програмно-цільового методу у фінансуванні закладів охорони здоров'я.

Здійснення розрахунку витрат та фінансування закладів охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу на основі подушного фінансового нормативу.

Фінансування закладів вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги здійснюється відповідно до глобального бюджету.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМНО-ЦІЛЬОВОГО МЕТОДУ У ФІНАНСУВАННІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Особливою складовою програмно-цільового методу у бюджетному процесі є бюджетні програми у сфері охорони здоров'я, що складаються відповідно до Бюджетного Кодексу України.

Бюджетні програми складаються для надання:

первинної медико-санітарної допомоги;

вторинної медичної допомоги;

третинної медичної допомоги;

екстреної медичної допомоги.

Замовниками медичних послуг в рамках виконання бюджетної програми для надання первинної медико-санітарної допомоги є районні державні адміністрації та управління охорони здоров'я міських державних адміністрацій.

Замовниками медичних послуг в рамках виконання бюджетних програм для надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги є управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Відповідальним виконавцем бюджетної (одержувачі бюджетних коштів), є заклади охорони здоров'я, а також фізичні особи – підприємці які здійснюють господарську діяльність з медичної практики за наявності відповідної ліцензії;

Вимоги до закладів охорони здоров'я - відповідальних виконавців бюджетної програми

Відповідальними виконавцями бюджетної програми є заклади охорони здоров'я, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, ліцензію на здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (за необхідності) та акредитовані в установленому порядку.

Заклади охорони здоров'я після структурної реорганізації та реєстрації установчих документів, що визначають види медичної допомоги, що ними надаються, отримують відповідні ліцензії та проходять позачергову державну акредитацію.

На виконання бюджетних програм між замовником медичних послуг та відповідальним виконавцем укладається договір про виконання бюджетних програм.

ФІНАНСУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНИХ ВИКОНАВЦІВ БЮДЖЕТНИХ ПРОГРАМ

Порядок забезпечення фінансовими ресурсами відповідальних виконавців бюджетних програм встановлює Кабінет Міністрів України.

Фінансування відповідальних виконавців бюджетних програм здійснюється:

для надання первинної медико-санітарної допомоги - за подушним фінансовим нормативом бюджетної забезпеченості в обсязі до 25 % від загального обласного бюджету на охорону здоров'я;

для надання вторинної та третинної медичну допомогу за глобальним бюджетом в обсязі до 64 % від загального обласного бюджету на охорону здоров'я;

для надання екстреної медичної допомоги в обсязі до 10 % від загального обласного бюджету на охорону здоров'я;

На обласному рівні створюється резервний фонд в обсязі до 1 % від загального бюджету на охорону здоров'я.

Оптимізація мережі не може бути підставою для скорочення обсягів бюджетного фінансування системи охорони здоров'я.

ОПЛАТА ПРАЦІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ

Оплата праці працівників відповідального виконавця бюджетної програми формується з наступних складових:

постійної, яка визначається на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів оплати праці працівників закладів охорони здоров'я з урахуванням підвищень, надбавок і доплат обов'язкового характеру;

змінної, яка враховує обсяги та якість виконаної роботи на основі критеріїв, розроблених та затверджених центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Частка заробітної плати в загальному обсязі фінансування закладу охорони здоров'я визначається договором про виконання бюджетної програми.

Моніторинг процесів реформування системи охорони здоров'я та в оцінка їх результатів здійснюватиметься центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я з використанням системи індикаторів.

Концепція МОЗ України і етапи реформ

Проблеми

Незважаючи на проголошені Конституцією України принципи, система охорони здоров'я не забезпечує рівного безкоштовного доступу населення до якісних медичних послуг. Це виявляється в наступному:

низька якість медичних послуг. Очікувана тривалість життя населення України складає 68,2 року, що в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах ЄС. Коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 рази вищий, ніж у «старих» країнах ЄС. Рівень передчасної смертності втричі перевищує показник ЄС, рівень смертності від туберкульозу – в 20 разів вищий;

нерівний доступ до послуг охорони здоров'я. Бідні верстви населення страждають через відсутність можливості одержання необхідної медичної допомоги. Відомча медицина (з обмеженим доступом) ускладнює досягнення мети рівного доступу. Існують диспропорції у доступі до медичних послуг міських і сільських мешканців. Високим є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я. Згідно офіційної статистики, витрати населення перевищують третину загального обсягу фінансування галузі (40 % у 2008 р.) і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг.

Причинами виникнення зазначених проблем є:

відсутність зв'язку між якістю медичних послуг й видатками на її фінансування, а також відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці;

низький рівень профілактики й частки первинної медико-санітарної допомоги у структурі медичних послуг;

неефективне використання бюджетних коштів на охорону здоров'я. На 100 тис. населення в Україні припадає 5,6 лікарень, тоді як у країнах ЄС-10 цей показник – 2,6; кількість ліжко-місць в Україні – 868 на 100 тис. населення, а в ЄС-10 – 644; кількість лікарів на 100 тис. населення в Україні – 302, у ЄС-10 – 261. 86 % бюджетних коштів, що виділяється на охорону здоров'я, йде на утримання медичних закладів та оплату праці лікарів;

дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг;

низька самостійність медичних закладів при використанні фінансових ресурсів.

Мета та завдання

Головною метою реформи медичної сфери є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості.

Для досягнення цього поставлено такі завдання:

підвищити якість медичних послуг;

підвищити доступність медичних послуг;

поліпшити ефективність державного фінансування;

створити стимули для здорового способу життя населення й здорових умов праці.

Здійснення реформ у бюджетній моделі фінансування охорони здоров'я України дозволить підготувати умови для переходу до страхової моделі (соціального медичного страхування).

Необхідні кроки

Для підвищення якості медичних послуг необхідно забезпечити:

перехід до закупівлі державою послуг у закладів охорони здоров'я на контрактній основі (На первинному рівні – оплата за кількість осіб, які мешкають у межах певної території; на вторинному, третинному – залежно від обсягів, структури і якості наданої медичної допомоги).

покращення матеріально-технічного обладнання закладів охорони здоров'я: проведення інвентаризації та розроблення примірних табелів обладнання закладів охорони здоров'я;

впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) надання медичної допомоги на засадах доказової медицини;

розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення незалежних центрів оцінювання якості медичних послуг;

створення економічної мотивації для покращення якості медичних послуг, зокрема шляхом зміни оплати праці працівників галузі охорони здоров'я за рахунок виділення двох складових: постійної (на основі єдиної тарифної сітки), змінної – залежно від обсягу і якості наданої медичної допомоги;

Підвищення доступності медичних послуг досягатиметься таким чином:

чітке структурне розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів медичної допомоги, зокрема шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, госпітальних округів, високоспеціалізованих центрів, університетських клінік та їх ресурсного забезпечення;

розвиток інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги;

підтримка розвитку приватного сектору медичних послуг, забезпечення доступу до державного фінансування на конкурсній основі.

Для поліпшення ефективності фінансування сектору охорони здоров'я необхідними є:

скорочення чотирьохрівневої системи фінансування до двох, трьох рівнів на основі об'єднання фінансових ресурсів: для первинної медико-санітарної допомоги – на районному й міському рівнях, для вторинної й третинної – на обласному (для державних спеціалізованих центрів і клінік НДІ – на державному);

формування національної системи єдиних економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги, виходячи з яких будуть фінансуватися медичні заклади, переходу від кошторисного фінансування до самостійного перерозподілу коштів;

підвищення частки первинної медичної допомоги в загальному обсязі фінансування медичних послуг, стимулювання проведення профілактичних заходів. Створення стимулів для здорового способу життя населення через:

перехід до міжвідомчих і міжсекторальних програм формування здорового способу життя й програм здорових умов праці;

створення умов для здорового способу життя населення за допомогою розвитку інфраструктури для занять масовим спортом та активного відпочинку;

підвищення акцизів на алкоголь і тютюнові вироби зі спрямуванням їх до спеціального фонду державного бюджету з подальшим використанням для фінансування заходів охорони здоров'я.

Підготовка умов для переходу на страхову модель охорони здоров'я (систему соціального медичного страхування) буде забезпечена за рахунок досягнення фінансової стійкості медичних закладів, оптимізації їх мережі, збільшення самостійності керівників медичних закладів щодо управління фінансовими коштами, підвищення конкуренції у системі охорони здоров'я.

Етапи реформи

I етап (2010-2011 рр.):

внесення змін до Закону України «Про засади законодавства про охорону здоров'я» та прийняття Закону України «Про лікувально-профілактичні заклади й медичне обслуговування населення», на цій основі - внесення змін до Бюджетного кодексу України, що забезпечують:

об'єднання коштів на надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні району або міста, на надання вторинної (спеціалізованої) і швидкої медичної допомоги на обласному рівні, для надання третинної (високоспеціалізованої високотехнологічної) допомоги – на обласному й державному рівнях;

перерозподіл фінансування на користь первинної медичної допомоги й профілактичної медицини;

перехід від бюджетного фінансування комунальних і державних лікувально-профілактичних установ на кошторисній основі до контрактної форми;

перегляд умов ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів і атестації медичного персоналу. Створення незалежних центрів (агентств) оцінювання відповідності медичних установ ліцензійним і акредитаційним вимогам.

II етап (до кінця 2012 р.):

проведення з 2011 р. апробації пропонованих змін на 2-ох пілотних регіонах;

розроблення комплексу законодавчих і нормативних документів для формування оптимальної територіальної мережі медичних закладів, створення госпітальних округів, оплати праці медичного персоналу, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи;

розроблення й прийняття комплексної програми «Здорова нація».

III етап (до кінця 2014 р.):

переведення усіх медичних закладів на систему контрактних відносин між замовником і постачальником медичних послуг;

запровадження єдиної методики розрахунків вартості медичних послуг, що оплачуються державою;

підготовка до запровадження обов'язкового соціального медичного страхування.

Індикатори успіху:

зниження загального коефіцієнта дитячої смертності до 6,5 %;

зниження коефіцієнта материнської смертності до 13 %;

зниження передчасної смертності на 25 %;

зниження смертності від туберкульозу на 30 %;

підвищення в загальній чисельності лікарів частки лікарів загальної практики з 4 % до 8-10 %;

скорочення частки домогосподарств, у яких протягом року хто-небудь з членів при потребі не зміг одержати медичну допомогу, придбати ліки й медичне приладдя (з 20 % в 2009 р. до 3 %);

скорочення частки тіньових платежів у системі медичного обслуговування з 10-15 % до 5-7 %.