

Реформування охорони здоров'я: стратегія, тактика, ризики



В. Лехан

ЦІЯ ГОЛОВНИХ ЛІКАРІВ® «Інноваційна система управління охороною здоров'я: галузь, регіон, лікарня». Організаторами конференції виступили компанія «Conference House» та громадська організація «Всеукраїнська асоціація головних лікарів».

Серед основних тем, які обговорювалися під час конференції, були такі: управління в медицині, економіка охорони здоров'я, управління медичним закладом, використання інформаційних технологій в охороні здоров'я, правові аспекти медичної практики.

Саме питанням управління в системі охорони здоров'я як галузі, перспективам її розвитку в Україні, стратегії, тактиці реформування і ризикам реалізації була присвячена перша сесія, яка почалася з доповіді **Валерії Лехан**, доктора медичних наук, професора, завідувачою кафедрою соціальної медицини, організації та управління охорони здоров'я Дніпропетровської медичної академії, радника Комітету економічних реформ.

На початку доповіді були окреслені передумови реформування системи охорони здоров'я, а саме певні політичні кроки, до яких належить створення Комітету з економічних реформ, прийняття Програми економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки та затвердження планів-графіків їх реалізації, зокрема реформи медичного обслуговування. На виконання цих рішень за досить короткий період прийнята ціла низка постанов та розпоряджень Кабінету Міністрів України, адже за визначенням Світового банку та Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я населення — це один із найважливіших факторів розвитку економіки будь-якої країни та благополуччя населення.

Далі були наведені порівняльні показники стану здоров'я населення в Україні та країнах Європейського Союзу. Зокрема смертність на 1000 населення в Україні становить 15,3, у країнах Європейського Союзу — 6,7, очікувана тривалість життя

при народженні — 68 та 74 роки відповідно, очікувана тривалість здорового життя — 59,2 та 67 років, природний приріст населення на 1000 осіб становить –4,2 та +4,1. Рівень смертності чоловіків працездатного віку в Україні перевищує такий у країнах, в яких валовий національний продукт у 4–6 разів нижчий. Все це свідчить про незадовільне функціонування медичної галузі.

В чому ж полягає причина такого катастрофічного становища? На думку доповідача, головна проблема української системи охорони здоров'я полягає в тому, що діюча на сьогодні радянська модель (модель Семашко), призначена для функціонування в умовах планової економіки, не відповідає сучасним реаліям. На жаль, діяльність системи охорони здоров'я зараз зосереджена в основному на вирішенні проблем галузі, а не на задоволенні медичних потреб населення. Крім того, має місце розпорошеність і неефективність використання наявних ресурсів, відсутність чіткого поділу на служби первинної та вторинної допомоги, надмірна кількість стаціонарних закладів та лікарняних ліжок, на утримання яких витрачаються чималі кошти, а також відсутня диференціація ліжкового фонду залежно від інтенсивності лікування.

Порівнюючи структуру системи охорони здоров'я в Україні та в Європейському Союзі, доповідач показала, що в нашій державі набагато менше закладів первинної медико-санітарної допомоги (1,2 і 4,9 на 10 тис. населення відповідно), набагато менше лікарів первинної ланки (6,3 і 9,4), в той час як лікарень на 100 тис. населення — 6,3 і 3,1 відповідно. Третю частину усіх стаціонарів в Україні становлять невеликі дільничні лікарні потужністю до 50 ліжок. Кожний другий пацієнт в Україні госпіталізується до стаціонару необґрунтовано, тому можна зробити висновок, що європейські показники кількості стаціонарів відповідають реальній потребі.

Якщо порівнювати вартість лікування 1 пацієнта у сільській дільничній лікарні, яка надає неспеціалізовану допомогу (2048 грн.), та в обласній лікарні (2494 грн.), то можна побачити, що вона майже однакова. В. Лехан пояснює це тим, що у сільській дільничній лікарні майже всі кошти йдуть на її утримання. Зокрема, у таких лікарнях на 1 хворого приходиться 90 м² площі приміщення.

У Програмі економічних реформ Президента України на 2010–2014 роки йдеться

про те, що метою реформування системи охорони здоров'я є поліпшення здоров'я населення та забезпечення рівного і справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості. З метою досягнення цієї мети було виділено декілька основних завдань реформування, а саме:

- Підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я.
- Підвищення якості медичного обслуговування.
- Підвищення доступності лікарських засобів.
- Впровадження соціального медичного страхування.
- Впровадження професійного менеджменту.
- Моніторинг та аналіз показників здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги.

Далі доповідач більш детально зупинилася на особливостях деяких завдань реформування медичної галузі, окресливши необхідні умови для їх успішного виконання, деякі існуючі напрацювання та можливі ризики.

Підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я

Було зазначено, що для підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я необхідна структурна реорганізація цієї системи відповідно до потреб населення, об'єднання пулів фінансових коштів, введення договірних відносин при закупівлі медичних послуг та впровадження нових методів фінансування медичних закладів, здійснення змін в оплаті праці медичного персоналу.

Структурна реорганізація, в свою чергу, має починатися з первинної ланки. По-перше, необхідно провести чітке розмежування первинної і вторинної ланки медичної допомоги як інституційне (тобто первинну та вторинну медичну допомогу мають надавати різні заклади), так і фінансове (кошти на надання первинної та вторинної допомоги мають надходити з різних джерел). Далі має бути створена розгалужена мережа лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), переважно у вигляді амбулаторій загальної практики/сімейної медицини, що надаватимуть первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД), та запроваджені нові підходи до управління діяльністю цими ЛПЗ шляхом створення так званих центрів ПМСД, до сфери впливу

яких входять амбулаторії та фельдшерсько-акушерські пункти. При цьому пацієнту надається право вільного вибору лікаря первинної ланки, а останній, в свою чергу, самостійно визначає медичний маршрут пацієнта, тобто направляє його в разі необхідності до того чи іншого спеціаліста. Центр ПМСД створюється із розрахунку 1 на 50–100 тис. населення, як правило, у кожному сільському районі, і здійснює, зокрема, адміністративні функції (ведення статистики, менеджмент, планування та організація постачання, робота з кадрами, преміювання, контроль тощо).

Вторинна допомога має надаватися через систему госпітальних округів. Госпітальний округ — це певна територія, на якій розташовані ЛПЗ та мешкає населення, яке отримує в них вторинну, тобто спеціалізовану, медичну допомогу як амбулаторну, так і стаціонарну. Іншими словами госпітальний округ — це функціональне об'єднання кількох адміністративно-територіальних одиниць (створене на основі генерального плану оптимізації мережі та потужностей закладів охорони здоров'я в його межах), населенню яких забезпечуватиметься надання спеціалізованої медичної допомоги комплексом медичних закладів з урахуванням потреб та прогнозу попиту на ті чи інші медичні послуги, а також із дотриманням принципу географічної та фінансової доступності.

В. Лехан наголосила, що при створенні госпітальних округів жоден ЛПЗ не буде скорочено, вони просто будуть перепрофільовані. До складу госпітального округу можуть входити багатопрофільна лікарня інтенсивної допомоги творим із гострими станами з консультативною поліклінікою, заклади для відновного лікування, хоспіс, заклади медико-соціальної допомоги, планового лікування хронічно хворих, станція швидкої медичної допомоги тощо.

Для чого необхідне створення госпітальних округів? Перш за все, для підвищення якості надання спеціалізованої медичної допомоги. Адже чим більше в одному ЛПЗ кожен лікар проводить оперативних втручань або приймає пологів, тим вища його кваліфікація, і від цього врешті-решт вирає пацієнт. Доведено, що оптимальна кількість населення 1 госпітального округу має становити не менше 200 тис.

Але структурна перебудова галузі неможлива без об'єднання фінансових коштів, створення потужних пулів фінансів. Посилаючись на дані доказового менеджменту, доповідач повідомила, що об'єднувати кошти необхідно на обласному рівні. Україна пішла дещо іншим шляхом — кошти для надання первинної допомоги планується об'єднати на районному або міському рівні, а для вторинної допомоги — на обласному.

Наступним кроком реформування має стати зміна порядку фінансування. Замість кошторисного фінансування, в основі якого закладена потужність ЛПЗ (незалежно

від обсягу та якості наданих послуг), має бути запроваджено державне замовлення на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, яке буде формуватися виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги. На первинному рівні це може бути поєднання подушної оплати і стимулюючих надбавок за пріоритетні напрямки діяльності (наприклад частка охоплення вакцинацією, скринінговими програмами тощо). На вторинному рівні для стаціонарів — глобальний бюджет залежно від структури та обсягів наданої допомоги, для амбулаторних закладів — за обсяг наданих послуг. На третинному рівні — глобальний бюджет залежно від структури та обсягів наданої допомоги.

Також було зазначено, що реформування галузі не відбудеться, якщо не буде змінена система оплати праці медиків. На сьогодні вона є неефективною і залежить в основному від стажу роботи, а більшість надбавок здійснюється на розсуд керівника ЛПЗ та нараховується непрозоро. Тому необхідно підвищити рівень оплати праці медиків та ефективність використання ресурсів системи охорони здоров'я. Для цього пропонується розділити матеріальну винагороду, яку буде отримувати медичний працівник, на дві складові:

- Постійна — базовий посадовий оклад відповідно до єдиної тарифної сітки.
- Змінна — залежно від обсягу та якості виконаної роботи.

Підвищення якості медичного обслуговування

Для виконання цього завдання, на думку доповідача, необхідно:

- Забезпечити розробку або адаптацію та широке застосування клінічних рекомендацій і уніфікованих клінічних протоколів на основі надійних сучасних наукових даних.
- Розробити і затвердити примірні таблиці оснащення для медичних закладів різних типів.
- Удосконалити умови ліцензування медичної практики, акредитації ЛПЗ та атестації медичного персоналу.
- Створення системи моніторингу якості медичної допомоги та задоволеності населення медичним обслуговуванням.
- Розробка та впровадження механізмів мотивації медичного персоналу до підвищення якості медичної допомоги.

Але головним кроком на шляху до підвищення якості медичного обслуговування, на думку В. Лехан, має стати створення незалежної агенції, яка б здійснювала оцінку відповідності ЛПЗ ліцензійним та акредитаційним вимогам. Адже на сьогодні і ліцензування, і акредитація, особливо якщо це стосується ЛПЗ державної та комунальної форм власності, здійснюються формально. І якби їх провели об'єктивно, то переважна більшість таких закладів не отримали б ліцензії на ті види медичної практики, які вони

провадять, внаслідок відсутності необхідних умов.

Впровадження професійного менеджменту

Необхідність підвищення професіоналізму управлінських кадрів та його значення для успішного здійснення реформування галузі ні в кого не викликає сумнівів. Тому було запропоновано здійснити у 5-річний термін перепідготовку керівників управлінь охорони здоров'я та іншого управлінського персоналу найбільш потужних ЛПЗ, а в 10-річний термін — усього управлінського складу системи охорони здоров'я. При цьому це мають бути не курси підвищення кваліфікації протягом 2–3 міс, а повноцінна друга вища освіта.

Можливі ризики

За даними експертної оцінки, ризики здійснення реформ галузі охорони здоров'я були поділені на три групи, вплив кожної з яких оцінювався в балах.

На реформу загалом:

- Пов'язані з управлінням (7,9 бала).
- Фінансово-економічні (6,9 бала).
- Пов'язані з поінформованістю та підготовленістю заінтересованих груп (6,5 бала).

На структурну перебудову системи медичного обслуговування:

- Пов'язані з управлінням (8,0 балів).
- Пов'язані з поінформованістю та підготовленістю заінтересованих груп (7,1 бала).
- Фінансово-економічні (7,0 балів).

Отже, основна група факторів ризику реформування галузі пов'язана з її управлінням. Серед них, в свою чергу, перше місце займає політична нестабільність, зокрема відсутність політичної волі. Процес реформування тривалий, він не завжди супроводжується лише позитивними подіями, неодмінно будуть виникати ситуації, які викликать невідомі реакції як в суспільстві, так і в медичній спільноті. Структурна перебудова галузі та зміна механізмів фінансування можуть зачепити інтереси досить впливових структур, тому стабільна і послідовна політична воля є конче необхідною для успішного завершення розпочатого реформування.

На другому місці серед ризиків цієї групи — низький рівень пріоритетності системи охорони здоров'я для центральних органів влади країни. Третє місце посідає недосконалість законодавчої та нормативної бази, четверте — недосконалість системи відповідальності центральних органів влади за задоволення потреб населення в медичній допомозі.

Серед фінансово-економічних ризиків на першому місці — недостатні обсяги державного фінансування галузі охорони здоров'я, далі — відсутність окремих коштів у бюджетах усіх рівнів для підготовки та здійснення реформування, зволікання із запровадженням у країні загально-

обов'язкового соціального медичного страхування, а також побоювання медичних працівників щодо зменшення або втрати тінювих фінансових надходжень від пацієнтів.

Серед ризиків, пов'язаних з поінформованістю та підготовленістю заінтересованих груп, найбільш значущими є недостатня підготовленість саме органів управління охорони здоров'я до проведення реформ, побоювання чиновників органів управління втратити традиційні важелі впливу, а також їх недостатня мотивація.

Практична реалізація

Для того щоб нівелювати вплив факторів ризику та мінімізувати можливі негативні наслідки, що можуть виникнути на початкових етапах реформування галузі, було запропоновано таку модель управління цим процесом:

- На Міністерство охорони здоров'я України покладається визначення стратегії загалом та її окремих напрямків і розробка методологічного забезпечення.

- Перевірка дієвості та ефективності запропонованих підходів здійснюється на пілотних регіонах з метою апробації визначених підходів, виявлення невідомих факторів ризику та визначення заходів щодо їх нейтралізації до розгортання реформування на загальнодержавному рівні.
- Широке впровадження апробованих підходів до реформування системи охорони здоров'я на всій території України супроводжується моніторингом усіх процесів та їх результатів.
- Процес реформування має супроводжуватися проведенням широкої роз'яснювальної роботи щодо цілей, завдань, сутності, та очікуваних результатів серед представників центральних і місцевих органів влади, медичної спільноти, широких верств населення. Для реалізації пілотних проектів необхідні такі кроки:
 - позапланова перевірка медичних закладів на їх відповідність ліцензійним та акредитаційним умовам.
 - Реалізація планів оптимізації мережі та потужностей закладів охорони здоров'я.

- Запровадження вибору пацієнтами лікаря первинної ланки.
 - Запровадження системи направлень лікаря первинної ланки для отримання планової вторинної допомоги (амбулаторної та стаціонарної) різної інтенсивності.
 - Апробація закупівлі медичних послуг за державним замовленням у віртуальному режимі (I півріччя 2011 р.).
 - Перехід до стратегічних закупівель в реальному вимірі (II півріччя 2011 р.).
 - Моніторинг результатів перетворень.
 - Моніторинг якості та доступності медичної допомоги.
 - Узагальнення результатів та передача для впровадження.
- Завершуючи доповідь, В. Лехан наголосила, що успіх і темп реформування галузі охорони здоров'я залежить від обґрунтованості, виваженості й адаптованості до національних реалій кроків її здійснення, заінтересованості й узгодженості дій органів влади усіх рівнів, а також підготовленості та мотивації керівників органів і закладів охорони здоров'я.

*Олександр Устїнов,
фото Сергія Бека*

Ви написали — ми запитали!



Нещодавно в редакцію «Українського медичного часопису» надійшов лист такою змісту:

Шановна редакція!

Працюю біля 15 років завідувачем терапевтичного відділення територіальної поліклініки м. Рівне. На що посаду в свій час був призначений із числа дільничних терапевтів цієї ж поліклініки, в якій працюю з 1983 р. Закінчив Львівський медичний інститут у 1981 р. Прошу вас надати пояснення щодо таких питань:

Чи маю я право працювати у вихідні та святкові дні як черговий терапевт? Графіки роботи на такі дні складаємо ми, завідувачі терапевтичних відділень, і ставимо у графік дільничних терапевтів. Щоденна робота завідувача терапевтичного відділення — огляд хворих, консультації, призначення та корекція лікування, видача листків непрацездатності. Крім того нам, як і дільничним терапевтам, виплачується надбавка в розмірі 30% посадового окладу за дільничність.

Чи правомірна відмова бухгалтерії в оплаті за відпрацьований святковий день у подвійному розмірі, мотивована тим, що я не дільничний лікар-терапевт, а займаю адміністративну посаду.

З повагою, ваш постійний читач
Кректур Василь Аркадійович.

З проханням дати відповіді на ці запитання ми звернулися до керівника медичної галузі — міністра охорони здоров'я України **Зіновія Митника**.

Пропонуємо до вашої уваги відповідь міністра:

Завідувач відділення не адміністратор, він не є організатором охорони здоров'я як таким за фахом. Якщо особа працює завідувачем терапевтичного відділення, значить вона має кваліфікацію терапевта і звичайно має право працювати на чергуванні у вихідні і святкові дні. Чергування можуть здійснюватися за ра-

хунок скорочення робочого дня у будні, тоді особа, яка чергує, отримує повну ставку. Така практика розповсюджена в регіонах, оскільки там, на жаль, дуже часто немає чим платити заробітну плату. Стосовно святкових днів, то виплата в подвійному розмірі має здійснюватися. Але фінансування комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема в обласних центрах, здійснюється за рахунок місцевих бюджетів, тому щоб остаточно вирішити це питання, краще звернутися до міського управління охорони здоров'я, — пояснив міністр.

Також ми запитали, чи не планує Уряд на час епідемії грипу затверджувати переліки лікарських засобів і виробів медичного призначення, на які буде запроваджено обмеження націнки, і разом з тим вони мають обов'язково бути наявними у всіх аптечних закладах, як це мало місце наприкінці 2009 р.

Зіновій Миколайович запевнив, що на сьогодні таких намірів в Уряді немає.

Редакція «Українського медичного часопису» завжди готова дати відповіді на будь-які запитання читачів, що стосуються охорони здоров'я та надати точку зору компетентних експертів. Поставити запитання редакції можна тут (<http://www.umj.com.ua/about>).

*Олександр Устїнов,
фото Сергія Бека*