

Качур О. Ю.,

Перший заступник Міністра охорони здоров'я
Міністерства охорони здоров'я України

СТРУКТУРНІ ПЕРЕТВОРЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Анотація. Наведено стратегію реформи системи охорони здоров'я України. Показано, що система має реформуватися комплексно за рівнями її надання. Пріоритетним напрямком реформи є впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Реформі підлягає вторинна медична допомога, яка полягає у створенні госпітальних округів з формуванням лікарень нового типу: лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового лікування, лікарні відновного лікування та хоспіси.

Ключові слова: система охорони здоров'я, реформа, структурна перебудова.

Постановка проблеми. В Україні започаткована комплексна реформа системи охорони здоров'я з метою забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою [4, 5] пілотне відпрацювання якої проводиться в пілотних регіонах [6]. Реформою передбачено пріоритетне впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [2, 8] та реформа вторинної медичної допомоги зі створення за принципом інтенсивності надання медичної стаціонарної допомоги: лікарень нового типу [1]. Також впроваджуються сучасні економічні механізми діяльності закладів охорони здоров'я [3, 7].

Мета роботи: проаналізувати та представити стратегічні підходи до реформування системи охорони здоров'я України

Матеріали та методи, що використані в ході виконання роботи: системного підходу, структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання, біблесемантичний. В ході виконання роботи використано дані особистих досліджень, дані наукових публікацій та власний досвід організації роботи.

Викладення основного матеріалу. Система охорони здоров'я в Україні потребує послідовних та глибоких інституціональних та структурних перетворень, спрямованих на поліпшення здоров'я населення та задоволення його справедливих потреб медичній допомозі. Провідними напрямками перетворень в системі охорони здоров'я України визначені: підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я; підвищення якості медичної допомоги; підвищення доступності ліків; запровадження соціального медичного страхування; запровадження професійного менеджменту. В своїй роботі ми зупинимось на такій складовій реформи як підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я. Центральна роль в реалізації цього напрямку належить структурній реорганізації системи у відповідності до потреб населення у різних видах медичної допомоги.

На первинному рівні при проведенні реформи в структурному плані передбачено:

- проведення чіткого розмежування первинної та вторинної медичної допомоги;

- створення мережі закладів первинного рівня, переважно у вигляді амбулаторій загальної практики/сімейної медицини в сільській місцевості головним чином на 2 лікаря, в міській – на 4 лікаря, та їх устаткування відповідно до затверджених табелів оснащення з різними моделями для міської та сільської місцевості.

З метою оптимізації керованості закладів первинної ланки, використання фінансових ресурсів, що виділяються на первинну допомогу, фінансової сталості закладів первинної медико-санітарної допомоги планується створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги. До складу Центрів – закладів з правами юридичної особи – входять лікарські амбулаторії та фельдшерсько-акушерські пункти, що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району, або міста чисельністю від 30 до 100 тис. осіб.

До функції Центру входить: заключення договорів із замовником на надання послуг первинної допомоги, планування, координація діяльності закладів первинної медико-санітарної допомоги, що входять до складу Центру, забезпечення якості медичної допомоги, облік та звітність, фінансовий менеджмент, визначення і розподіл стимулюючих виплат для працівників.

Виходячи з даних доказового менеджменту та найкращого світового досвіду з метою покращання якості *вторинної медичної допомоги* з одночасним підвищенням ефективності використання наявних ресурсів, усунення не виправданого дублювання медичних послуг пропонується диференціація лікарень, виходячи з інтенсивності медичної допомоги, що надається, на:

- лікарні інтенсивної допомоги – для надання цілодобової медичної допомоги хворих лікування хворих з гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Ресурсне забезпечення мише лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, високоартісного діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики;

- для проведення планового лікування – для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або долікування з використанням стандартних схем лікування;

- лікарні відновного лікування – для відновлення функцій, порушених в результаті захворювання чи травми, з метою або попередження інвалідності, або реабілі-

тації інвалідів, потребують спеціального обладнання (фізіотерапевтичного, тренажерів тощо);

- хоспіси – надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним (безнадійно) хворим, потребують спеціального оснащення для надання допомоги і догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського персоналу та широке залучення волонтерів;

- для медико-соціальної допомоги – забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим, цей заклад потребує мінімального діагностичного та лікувального обладнання, обслуговування забезпечується переважно сестринським персоналом.

Головна роль надається багатопрофільним лікарням для надання інтенсивної допомоги, передусім екстреної медичної допомоги, оскільки саме від їх діяльності залежить життя та здоров'я пацієнтів. Саме ці лікарні в розвинених країнах світу складають близько 90% всіх стаціонарів. Для ефективної діяльності такі лікарні мають обслуговувати не менше ніж 120-200 тис. населення і виконувати не менш, ніж 3000 оперативних втручань та приймати не менш ніж 400 пологів на рік.

Проведення зазначених перетворень може бути здійснено при існуючому адміністративно-територіальному розподілі шляхом створення госпітальних округів, що об'єднують заклади охорони здоров'я декількох сільських районів або міст та районів в залежності від щільності та характеру розселення населення, з врахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг.

Структура госпітального округу включає: багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування (організується на базі потужних центральних районних або міських лікарень); лікарні для відновного лікування – відповідно до потреби; хоспіс – один на округ; заклади медико-соціальної допомоги/ сестринського догляду (всі зазначені типи закладів організуються на базі центральних районних, районних або міських лікарень, які не задіяні як лікарні для інтенсивного лікування); лікарні для планового лікування хронічних хворих в кожному сільському адміністративному районі, місті без районного поділу або в районі міста з районним поділом (організуються на базі центральних районних, районних або міських лікарень, що не задіяні як лікарні для інтенсивного або відновного лікування, хоспісної допомоги). Забезпечення діагностичних досліджень для потреб первинної ланки та планова амбулаторна спеціалізована допомога будуть надаватися поліклінічними відділеннями лікарень планового лікування або консультативно-діагностичними поліклініками. В гострих випадках амбулаторна спеціалізована допомога буде надаватися спеціалістами лікарень для надання інтенсивної допомоги.

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

Передбачається наступний порядок надходження пацієнтів до структур вторинної медичної допомоги:

- до лікарень інтенсивного лікування – доставка санітарним транспортом, або самозвернення пацієнтів;

- до стаціонарів та поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих - за скеруванням лікаря первинної ланки;

- до лікарень відновного лікування - за скеруванням лікаря первинної ланки; лікарів лікарень інтенсивного ліку-

вання, лікарів – спеціалістів поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих, лікарів закладів третинного рівня за погодженням з лікарями первинної ланки

- до лікарень медико-соціальної допомоги та хоспісів – за скеруванням лікаря первинної ланки.

Всі типи закладів охорони здоров'я повинні бути переоснащені відповідно до визначених функцій. Проведені розрахунки показують, що витрати на дооснащення лише підрозділів інтенсивної терапії при запропонованій моделі організації вторинної допомоги на 27,4% менше, ніж затрати на відповідне дооснащення всієї існуючої мережі. Не говорячи вже про те, що концентрація інтенсивної допомоги дозволить покращити її якість за рахунок підвищення кваліфікаційного рівня медичних працівників через збільшення обсягу втручань.

Управління закладами вторинного рівня, що входять до складу госпітального округу, буде покладатися або виключно на обласне управління охорони здоров'я, або частина управлінських функцій, що стосуються координації діяльності закладів всередині округу, делегується об'єднанням цих закладів у вигляді корпорацій. Оптимальний варіант управління буде визначено після проведення апробації в пілотних регіонах.

Існує багато проблем у функціонуванні швидкої та невідкладної допомоги, основними з яких є значна частка роботи, що невласлива функціям швидкої допомоги, зокрема виїзди до хронічних хворих, виїзди з метою введення знеболювальних препаратів онкологічним хворим, велика тривалість прибуття, непрофільність виїздів спеціалізованих бригад. В рамках запланованих реформ передбачається:

- розділити функції швидкої та невідкладної допомоги і передати невідкладну допомогу як функцію на первинний рівень;

- звільнити служби швидкої допомоги щодо проведення знеболювання онкологічним хворим вдома і передати це завдання на первинний рівень шляхом отримання ліцензії структурами первинної допомоги на введення наркотичних препаратів та забезпечення первинної ланки сучасними знеболювальними засобами неопіоїдного характеру;

- станції швидкої допомоги ввести до складу госпітального округу, їх потужність та кількість підстанцій та пунктів тимчасового базування бригад швидкої допомоги формувати таким чином, щоб забезпечити дотримання ключового критерію діяльності служби – часу прибуття до хворого/ постраждалого в межах 10 хвилин в місті, 20 хвилин в сільській місцевості;

- створення на рівні області єдиної диспетчерської служби;

- забезпечити надання швидкої допомоги переважно фельдшерськими бригадами, оснащеними та навченими до використання відповідних клінічних протоколів.

Умовами для проведення структурних реформ державного сектору охорони здоров'я первинного рівня медичної допомоги є:

- розмежування первинного та вторинного рівнів медичної допомоги;

- об'єднання фінансових ресурсів для надання первинної медико-санітарної допомоги на районному/міському рівнях;

- вільний вибір лікаря загальної практики-сімейного лікаря, який визначає медичний маршрут пацієнта.

Умовами для проведення структурних реформ державного сектору охорони здоров'я вторинного рівня медичної допомоги є:

– об'єднання фінансових ресурсів для надання вторинної допомоги на обласному рівні, що дозволить раціоналізувати планування мережі закладів, усунути невиправдану фрагментацію системи охорони здоров'я та створити реальні управлінські механізми для вирішення проблем реструктуризації мережі закладів регіональної охорони здоров'я, зокрема функціональної диференціації стаціонарів в залежності від інтенсивності надання госпітальної допомоги.

– Умовами для проведення структурних реформ державного сектору охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги є:

– перегляд і підвищення вимог до ліцензування та акредитації, здійснення деформалізації цих процесів;

– передача в оперативне управління ресурсів всіх закладів охорони здоров'я первинного рівня на районний/міський, вторинного – на обласний рівень.

Все це потребує відповідних змін до чинної законодавчої бази України з питань охорони здоров'я.

Для виконання запланованих реформ необхідно створити чітку систему управління перетвореннями:

– визначення стратегії та методичного її забезпечення в цілому та по окремих напрямках покладається на Міністерство охорони здоров'я України;

– перевірка дієвості та ефективності запропонованих підходів планується на двох пілотних, самодостатніх територіях з точки зору надання медичної допомоги, обласних;

– перевірка результативності та ефективності запропонованої моделі, внесення коректив до неї за результатами апробації;

– широке запровадження апробованих підходів до реформування системи охорони здоров'я на всій території України з моніторингом процесів перетворень і результатів;

– проведення широкої роз'яснювальної роботи та інформування щодо мети, завдань, сутності та результатів системних перетворень серед всіх верств населення;

– залучення професійних медичних асоціацій, координаційних рад при органах управління охороною здоров'я, наглядових рад при медичних закладах до прийняття рішень щодо перетворень на відповідних рівнях;

– професійна підготовка керівників органів та закладів охорони здоров'я в сфері менеджменту у відповідності до сучасних вимог.

Висновки. Стратегія реформи системи охорони здоров'я України передбачає проведення структурних змін за рівнями надання медичної допомоги. Пріоритетним напрямком реформи є впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Реформа вторинної медичної допомоги передбачає створення госпітальних округів з формуванням лікарень нового типу: лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового лікування, лікарні відновного лікування та хоспіси.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням та аналізом проведення структурних змін в охороні здоров'я.

Література:

1. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // *Україна. Здоров'я нації*. – 2010. – № 1 (13). – С. 5-23.
2. Матюха Л.Ф. Наукове обґрунтування системи організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. – Рукопис : автореф. дис. ... на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина та 14.01.38 – загальна практика-сімейна медицина.
3. Напрями удосконалення системи фінансово-економічних відносин охорони здоров'я (аналітичний огляд наукової літератури) / М. В. Шевченко, О. О. Заглада, Л. А. Карамзіна, В. Я. Бойко // *Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2010. – № 4. – С. 58-64.
4. Програма економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Комітет з економічних реформ при Президентові України 2010. – 87 с. : Режим доступу : <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>: Назва з екрану.
5. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 7 липня 2011 р. № 3611-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.zakon.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – К., 2011. – 345 с.
8. Слабкий Г. О. Реформування системи охорони здоров'я : механізми формування первинної медичної допомоги на сучасному етапі / Г. О. Слабкий, Н. П. Крижина // *Журнал сімейного лікаря та сімейної медсестри*. – 2011. – № 5. – С. 3-6.

Качур А. Ю. Структурные изменения системы здравоохранения Украины

Аннотация. В статье приведена стратегия реформы системы здравоохранения Украины. Показано, что система должна реформироваться комплексно по уровням ее оказания. Приоритетным направлением реформы является внедрение первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины. Реформированию подлежит вторичная медицинская помощь, которая заключается в создании госпитальных округов с формированием больниц нового типа: больницы интенсивного лечения, больницы планового лечения, больницы восстановительного лечения и хосписы.

Ключевые слова: система здравоохранения, реформа, структурная перестройка.

Kachur O. Structural changes in Health Service system of Ukraine

Summary. This article shows the strategy of reforms in Health Service system of Ukraine. It is demonstrated that the system is to be reformed as complex according to the levels of medical aid. Priority is given to introduction of primary medical-and-sanitary aid on the background of family medicine. The second level of medical aid is also to be reformed that includes creation of hospital circuits with hospitals of new type: intensive therapy hospitals, planned therapy hospitals, rehabilitation hospitals and hospices.

Key words: Health Service system, reform, structural changes.