

Реалізація реформи охорони здоров'я: пілотні проекти



Як вже повідомляло наше видання (див. с. 16–17), 23 грудня 2010 р. в Адміністрації Президента України відбулася розширена нарада у рамках Комітету економічних реформ, присвячена реформуванню медичної галузі. Після виступів представників Адміністрації Президента, Верховної Ради та Кабінету Міністрів України і керівників галузі слово було надано **Марині Максимчук**, начальнику відділу питань державного регулювання системи соціального страхування та соціальних програм МОЗ України, яка більш детально доповіла про зміни, що відбудуться в поточному році у пілотних регіонах.

Серед основних недоліків діючої в Україні моделі охорони здоров'я М. Максимчук виділила низьку якість медичних послуг, низьку доступність медичної допомоги та неефективне використання бюджетних коштів у галузі. Для нівелювання цих недоліків прийнято рішення щодо опрацювання певних підходів реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах, а саме у Дніпропетровській, Донецькій та Вінницькій областях, і потім використання отриманого досвіду на загальнодержавному рівні. Метою пілотних проектів є апробація задекларованих підходів, виявлення потенційних ризиків та визначення кола заходів, спрямованих на нейтралізацію цих ризиків до розгортання реформи на загальнонаціональному рівні.

Серед завдань, які мають вирішити пілотні проекти, були виділені такі:

1. Прискорення реалізації реформи системи охорони здоров'я в Україні в цілому.

2. Опрацювання нової моделі фінансування закладів охорони здоров'я, а саме:

- отримання закладами охорони здоров'я фінансових ресурсів (зокрема бюджетних коштів) одним пулом поза межами бюджетної класифікації;
- самостійність вирішення фінансово-господарських питань, зокрема щодо штатної чисельності працівників виходячи з потреб населення у медичній допомозі, матеріального стимулювання працівників відповідно до чітких критеріїв;
- забезпечення збереження бюджетних коштів на рахунку лікувально-профілактичного закладу після закінчення бюджетного року;

- можливість отримання додаткових джерел фінансування за рахунок залучення донорських коштів, надання платних послуг та інших не заборонених законом джерел.

До основних кроків експерименту віднесено проведення інвентаризації закладів охорони здоров'я, після завершення якої складатиметься генеральний план оптимізації їх мережі в кожному пілотному регіоні. Цей план обов'язково підлягає розгляду і схваленню на сесії обласної ради, затвердженню керівником виконавчої влади області, після чого цей документ стане основною дорожньою картою проведення реформи.

Далі у центральних районних лікарнях, центральних міських і міських лікарнях, дитячих лікарнях та самостійних міських поліклініках окреслюються підрозділи, які надають первинну медико-санітарну допомогу. На базі цих підрозділів буде створена мережа амбулаторій загальної практики-сімейної медицини з чисельністю лікарів первинної ланки не менше 1 і не більше 10 на одну амбулаторію.

У сільській місцевості амбулаторії загальної практики — сімейної медицини створюються на базі сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень та фельдшерсько-акушерських пунктів.

На базі створених амбулаторій загальної практики — сімейної медицини організовується центр первинної медико-санітарної допомоги, основними функціями якого є організація та надання медичної допомоги, укладання договорів із замовниками про надання медичних послуг, планування та координація роботи закладів охорони здоров'я, планування фінансових потреб і розподіл видатків.

Центр первинної медико-санітарної допомоги має бути створено у формі державного комунального некомерційного підприємства. Переваги саме цієї організаційної форми загальної практики — сімейної медицини ліберальна система ведення господарської діяльності, більша самостійність у вирішенні фінансових питань.

На вторинному рівні мережа центральних районних та районних лікарень, центральних міських, міських і дільничних лікарень, самостійних міських поліклінік має бути спеціалізована відповідно до потреб населення, територіальної доступності, захворюваності та інших критеріїв.

Ці заклади мають бути перепрофільовані. Буде створена одна багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування, яка забезпечуватиме надання усієї інтенсивної стаціонарної допомоги в регіоні, тобто стане центром госпітального округу. Інші медичні заклади залежно від потреб населення

будуть перепрофільовані у лікарні планового лікування, відновного лікування, хоспіси, лікарні для надання медико-соціальної допомоги, консультативно-діагностичні центри. Також до вторинного рівня буде віднесено станцію швидкої медичної допомоги з мережею підстанцій або пунктів тимчасового базування бригад швидкої медичної допомоги.

Є думка, яка базується на міжнародному досвіді, що надання швидкої екстреної медичної допомоги у переважній більшості випадків має здійснюватися фельдшерськими бригадами. Машина швидкої медичної допомоги мають бути оснащені відповідно до таблиця, який дасть можливість дотримуватися стандарту надання екстреної медичної допомоги, час доїзду бригади до пацієнта з моменту виклику має становити для сільської місцевості — 20 хв, для міста — 10 хв.

На третинному рівні залишається високоспеціалізована медична допомога, яка забезпечується обласними лікарнями, кафедрами вищих медичних навчальних закладів (можуть бути об'єднані в університетську клініку), а також клініками науково-дослідних інститутів.

Одне з основних завдань реформи — створення раціонального маршруту пацієнта, яке напряму пов'язане з вільним вибором хворим лікаря первинної ланки. Після вибору лікаря пацієнт закріплюється за ним, і надалі усі направлення до вузьких спеціалістів або на стаціонарне лікування, тобто на вторинний рівень, пацієнту надає вибраний ним лікар первинної ланки. Це правило зазвичай не поширюється на випадки виникнення невідкладних станів, коли пацієнт викликає швидку допомогу або сам звертається до багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування.

Після організаційно-структурного розмежування наступним, дуже важливим, етапом реформи стане розмежування фінансово-економічне, яке регламентує рух коштів у галузі охорони здоров'я. Відповідно до Бюджетного кодексу кошти з державного бюджету спрямовуються на обласний рівень, з обласного рівня кошти спрямовуються на районний рівень. Там кошти акцептуються центрами надання первинної медико-санітарної допомоги, а з них спрямовуються до структурних підрозділів — фельдшерсько-акушерських пунктів і амбулаторій загальної практики-сімейної медицини. Крім того, центру первинної медико-санітарної допомоги надається можливість укладати угоди безпосередньо з лікарнями, які надаватимуть первинну медичну допомогу як фізичні особи-підприємці.

Обсяг фінансування первинної медичної допомоги буде визначатися за подуш-

ним принципом, тобто за кожним лікарем буде закріплена певна кількість пацієнтів (в середньому — 1500, мінімальна — 800, максимальна — 2000). Отже, враховуючи можливість вільного вибору лікаря та подушний принцип фінансування, лікар, який надаватиме більш якісну медичну допомогу, буде мати більшу кількість закріплених за ним пацієнтів, відповідно, отримуватиме вищу винагороду. Таким чином реалізуватиметься принцип «гроші ходять за пацієнтом».

На вторинній ланці з коштів, акумульованих на обласному рівні, окремо напряму фінансуватиметься кожний лікувально-профілактичний заклад — стаціонар, спеціалізована амбулаторія чи станція швидкої медичної допомоги.

На третинному рівні лікувально-профілактичні заклади залежно від покладених на них функцій та норм Бюджетного кодек-

су будуть фінансуватися з обласного чи з Державного бюджету.

Фінансування галузі в пілотних регіонах пропонується здійснювати за бюджетно-цільовим методом, який передбачає складання бюджетних програм відповідно до норм Бюджетного кодексу України. Бюджетні програми в кожному регіоні складаються окремо для надання первинної, вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги.

Бюджетно-цільовий метод урівнює між собою бюджетні заклади охорони здоров'я та заклади, які є державними комунальними неприбутковими підприємствами. Він також передбачає укладання договорів, тобто визначення відповідальності як надавача, так і замовника медичних послуг.

Для пілотних регіонів передбачено, що рівень оплати праці медичних праців-

ників не може бути нижчим від встановленого законодавством. Оплата праці формуватиметься з двох складових — постійної, визначеної законодавством, та змінної, яка залежатиме від обсягів та якості надання медичних послуг. На території пілотних регіонів не будуть діяти встановлені штатні нормативи. Штати регулюватимуться залежно від потреби регіону та обсягів надання медичних послуг.

Координацію та управління та науково-методичний супровід пілотних проєктів на державному рівні здійснюватимуть Міністерство охорони здоров'я України, на місцевому рівні — територіальні органи управління охороною здоров'я із залученням фахівців науково-дослідних Інститутів та вищих медичних навчальних закладів.

*Олександр Устінюк,
фото Сергія Бека*

Реферативна інформація

Генеральна прокуратура встановила порушення прав дітей Міністерством охорони здоров'я України



20 січня 2011 р. у Києві в УНІАН відбулася прес-конференція, під час якої Валентина Маркєвич, президент благодійного фонду «Допомога дітям», повторно висунула звинувачення Міністерству охорони здоров'я (МОЗ) України щодо випадків зловживання бюджетними коштами.

За її словами, кошти, виділені з бюджету на державну програму по лікуванню за кордоном дітей з онкологічними захворюваннями, були витрачені на лікування співробітників МОЗ України та їх родичів. Внаслідок таких неправомірних дій п'ятеро дітей, які давно стояли у черзі на лікування, померли, не дочекавшись його. Натомість їх батьки тепер отримують компенсаційні виплати за витрачені гроші на підтримку життя дітей під час очікування. В. Маркєвич також наголосила, що лікування сторонніх осіб відбувалося позачергово, на підставі рішень Комісії МОЗ. Крім того, люди, які були позачергово проліковані, отримували на це дозвіл за край короткий термін — тиждень, чи навіть декілька днів, в той час як важко хворі діти перебували у черзі роками.

В. Маркєвич повідомила, що у МОЗ факт зловживання заперечують. Тому фонд був змушений звернутись до Генеральної прокуратури України. В отриманому листі від 25.11.2010 р. № 07/13-22518-10 зазначено, що в ході перевірки встановлено суттєві порушення прав дітей на кваліфіковану медичну допомогу. Діючі нормативні акти та розпорядчі документи Міністерства не забезпечують дотримання прав дітей на рівний доступ до медичної допомоги, оскільки у них не визначено порядку ведення обліку хворих, які потребують лікування за кордоном, та черговості оплати.

Упродовж 2008–2010 рр. у позачерговому порядку здійснено оплату лікування 7 разів, у тому числі 3 рази перераховано кошти на лікування осіб, які є співробітниками МОЗ та їх родичами. Натомість через відсутність оплати не змогли отримати необхідну медичну допомогу діти з тяжкими захворюваннями, яких було взято на облік раніше.

Спираючись на висновок прокуратури, В. Маркєвич зазначила, що вона буде ініціювати, аби батьки померлих дітей звернулися до Верховного суду України та Європейського суду за захистом своїх прав.

Іншою проблемною стороною лікування онкохворих дітей постає питання бездушного ставлення до них державних діячів, яке

проявляється у постійних проблемах з фінансуванням програми «Лікування громадян України за кордоном». На лікування онкохворих дітей за кордоном у Державному бюджеті на 2009 р. було передбачено 7,9 млн грн., в той час як потреба становила 30 млн грн. Про це йдеться в Законпроекті № 5237 «Про внесення змін до Закону України «Про Державний бюджет на 2009 рік», який був поданий 18.10.2009 р. Головою Верховної Ради України Володимиром Литвиним і Миколою Даркачем. Законпроектгом передбачалося виділення додаткових коштів на суму 22 млн грн. За словами В. Маркєвич, прийняття цього законопроекту врятувало життя 17 дітям. На першому місці серед хвороб, з якими пацієнтів направляють на лікування за кордон, — онкологічні захворювання системи крові. Оскільки в Україні не виконуються аlogenна неродинна трансплантація кісткового мозку, допомога зарубіжних лікарів необхідна. За кордоном спеціалізовану медичну допомогу також надають нашим пацієнтам із онкогематологічними, онкологічними, нейрохірургічними, кардіохірургічними захворюваннями і вродженими аномаліями розвитку. На сьогодні це переважно клініки Німеччини, Італії, Австрії, Білорусії.

Натомість порівняно зі статистичними даними по Україні кількість врятованих дітей видається жалюгідною — адже щороку діагностують близько 1,5 тис. захворювань онкологічного профілю серед дітей. В. Маркєвич бачає вирішення цієї проблеми у будівництві нового Центру трансплантації кісткового мозку, створенні кріобанків та референс-лабораторій для антигенного типування на гістосумісність (HLA). За її словами, на сьогодні для проведення цього дослідження дітей відправляють за кордон, зокрема в Росію. Це видається дивним, оскільки типування давно проводиться і в нашій країні. Президент фонду наголосила, що в Україні існує «Всукраїнський реєстр донорів гемопоетичних стовбурових клітин (кісткового мозку) МОЗ України», для координації якого з іншими міжнародними реєстрами необхідно зареєструвати 250 донорів, що неможливо зробити без типування на гістосумісність. Нагадаємо, що подібне питання вже фігурувало 15 грудня 2010 р. на обговоренні Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я проєкту Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини», запропонованого народним депутатом України Валерієм Барановим (<http://www.umj.com.ua/article/8962/modernizaciya-derzhavnoi-politiki-u-sferi-zapobigannya-zaxvoryuvannyu-na-snid>).

Завершуючи прес-конференцію, В. Маркєвич висловила сподівання, що з приходом нової влади та початком реформування медичної галузі онкохворі діти нарешті отримають необхідну і своєчасну допомогу.

Анна Гордєцька