

Удосконалення економічного механізму розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні

О.П. Корнійчук

Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, Київ

Досліджено напрями удосконалення законодавчого забезпечення ефективного реформування системи охорони здоров'я в Україні, перш за все в пілотних регіонах. Для цього проаналізовано існуюче законодавче забезпечення і відпрацьовані основні заходи з його вдосконалення. Проаналізовано вплив на реформування системи охорони здоров'я діючої недосконалої системи фінансування первинної медико-санітарної допомоги у структурі спеціалізованої медичної допомоги.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога; організаційно-економічний механізм; система охорони здоров'я.

Вступ

Важливим критерієм розвитку соціально-економічних систем держав є тривалість і якість життя громадян. Один із найвищих показників передчасної смертності населення України серед європейських держав свідчить про кризу міжсистемних трансформацій у соціальній системі та зокрема в її складовій — сфері охорони здоров'я. Проблематичними залишаються питання щодо того, в якому напрямку здійснювати перетворення, які інституції стають при цьому пріоритетними.

Більшість передових країн світу за останнє десятиліття визначили пріоритетність розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), провели чітке розмежування фінансування рівнів надання медичної допомоги, впровадили дієвий фінансовий механізм контролю за відповідністю, якістю і своєчасністю надання медичної допомоги через загальне медичне страхування.

Щоб впровадити, що прийняті Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-17 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-17 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» будуть дієвими, потрібно з'ясувати, наскільки вони відповідають дійсним реаліям та існуючим тенденціям.

Проведений нами аналіз організаційно-економічного та організаційно-правового механізмів розвитку ПМСД дозволив визначити системні проблеми та концептуальні помилки, які містяться у вищезазначених законах.

Виходячи із вимог теорії організації, дієвий управлінський вплив на розвиток ПМСД здатні здійснити такі нові її складові, як центр ПМСД і приватний сімейний лікар. Оскільки структура системи охорони здоров'я в Україні побудована на показниках директивно-планової системи управління (ліжко-місця і визначення по-

сад та фінансування залежно від цих показників), запровадження вищезазначених нових елементів у системі ПМСД може виявитися непрацездатним. Діюча система охорони здоров'я може зробити такі елементи неефективними, протидіяти їхньому розвитку.

Для вирішення вищезазначеної проблеми, базуючись на критеріях пріоритетності розвитку ПМСД, нами обґрунтовані першочергові заходи органів влади щодо внесення необхідних змін до законів України та постанов уряду з метою забезпечення доступності та якості ПМСД для громадян України.

Основна мета дослідження — вдосконалення законодавчого забезпечення ефективного реформування системи охорони здоров'я в Україні, перш за все в пілотних регіонах. При цьому необхідно зосередитися на тих висновках, які становлять актуальний інтерес для реформування системи охорони здоров'я України на базі пріоритетного розвитку ПМСД.

Вивченню особливостей реформування системи охорони здоров'я присвячені праці багатьох вітчизняних та закордонних вчених (White K.L., 1990; Hobbs F.R., 1995; Лехан В.М., 2002; Найдута Г.М. та співавт., 2004; Сердюк А.І., Шинкарьова І.М., 2006; Слабкий Г.О. (ред.), 2011). Водночас дослідженню організаційно-економічного механізму розвитку ПМСД в умовах прийнятих законодавчих актів у сфері охорони здоров'я приділяється недостатня увага.

Виходячи з положень теорії організації, окремі частини системи, виконуючи функцію організаційного центру, здатні здійснювати управлінський вплив на неї. З нашої точки зору, такими частинами можуть стати, крім розпорядника бюджетних коштів, центр ПМСД та приватний сімейний лікар. Що стосується двох останніх інституцій, то обов'язковою умовою цього є направлення через них пацієнтів та відповідного руху коштів на вторинний і третинний рівні надання медичної допомоги. Тобто необхідне створення мереже-

вої структури рівноправних взаємодіючих — центрів ПМСД і приватного сімейного лікаря.

Розпорядник бюджетних коштів може отримати цей статус при організації попереднього підрахунку реальних податкових витрат на ПМСД, впровадженні ефективного контролю за використанням коштів через критерії зменшення передчасної смертності громадян. Важливою характеристикою системи ПМСД є не лише її структура, а й механізми взаємодії її елементів.

Для створення високопродуктивної групи у складі сімейного лікаря, двох медсестер і санітарки необхідне обґрунтування мети організаційно-економічних відносин — зниження передчасної смертності та підвищення тривалості життя громадян. Для цього необхідно власнику і розпоряднику бюджетних коштів, надавачу медичних послуг за активної участі громадян визначити мету, завдання, розмір оплати праці, обґрунтування потреб у наданні медичної допомоги.

При цьому ключовою є організаційна робота щодо процесу розподілу ресурсів для досягнення мети. Сюди входить розподіл праці та визначення розміру оплати працівників. Важливим є визначення раціональних форм поділу праці для дотримання балансу. Це виключить таку ситуацію, коли медичний персонал розглядатиме пацієнтів як фактичне джерело оплати його праці. Головною метою приватного сімейного лікаря і центру ПМСД має стати трансформація ресурсів, з якими вони працюють, на нове суспільне благо — сприяння у відновленні та підтриманні здоров'я громадян.

Кабінету Міністрів України, Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству економічного розвитку і торгівлі України, Міністерству соціальної політики, місцевим органам влади необхідно визначити порядок дій надавачів медичних послуг, їх тривалість, терміни виконання, вибір способів досягнення мети і взаємодії учасників для реалізації завдань.

Для цього приватні сімейні лікарі та центри ПМСД повинні мати чітку організаційну культуру, відособленість, можливість саморегулювання. Важливим є функціонування ПМСД відповідно до законів розвитку організації: композиції (підпорядкування меті); синергії; інформованості; самозбереження (стабільності й розвитку); єдності в боротьбі протилежностей (спеціалізація — універсалізація); пропорційності (співвідношення кількості працюючих, обладнання і навантаження); онтогенезу (становлення, розвиток і зникнення організації). Зазначені закони розвитку мають базуватися на таких принципах, як безперервність, стабільність, еластичність та інерція.

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом дослідження є процес удосконалення економічного механізму розвитку ПМСД в Україні. Для всебічного оцінювання результатів нами застосовані методи порівняльного аналізу, логічного узагальнення, аналізу та синтезу.

Розвиток інституту приватного сімейного лікаря і центру ПМСД передбачає вдосконалення діяльності організаційної структури, упорядкування виробничих процесів. Організаційний процес передбачає не лише створення цих інституцій, а й їх оновлення. Дуже важливим є безперервність у забезпеченні єдності організаційних структур через ефективний організаційно-економічний та організаційно-правовий організми. Із врахуванням цього нами проведено аналіз законодавчого забезпечення ПМСД та урядових заходів щодо його вдосконалення.

Результати та їх обговорення

За нашими оцінками, організаційно-економічний механізм розвитку ПМСД визначає порядок діяльності юридичних (власники, розпорядники бюджетних коштів і надавачі медичної допомоги) та фізичних (пацієнти) осіб із приводу розвитку ПМСД на базі інституту сімейного лікаря, формування організаційної інфраструктури та системи управління і регулювання. Це стосується державних регуляторів макро- і мікросередовища (Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Антимонопольний комітет України), системи охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, Міністерство регіонального розвитку та будівництва України, Міністерство науки, молоді та спорту України, Національна академія медичних наук України), законодавчої системи управління та регулювання, а також судової системи.

При цьому призначенням організаційно-економічного механізму в розвитку ПМСД є створення умов для підтримання здоров'я і надання доступної та якісної ПМСД шляхом використання ресурсу медичного персоналу, інфраструктури та фінансових коштів державного, місцевого бюджетів та домогосподарств.

Організаційно-економічний механізм розвитку ПМСД включає правові, організаційні, методичні (нормативні) положення та заходи, які визначають поведінку пацієнта, лікарів, розпорядників бюджетних коштів та рух фінансових ресурсів для підтримання здоров'я пацієнтів і надання їм якісної та доступної первинної медичної допомоги (рисунок).

Організаційно-правовий механізм розвитку ПМСД — це спосіб, що визначає норми діяльності юридичних осіб — розпорядників бюджетних коштів і надавачів медичної допомоги та фізичних осіб — пацієнтів у межах певної структури із законодавчим її закріпленням. Згідно із Законом України від 07.07.2011 р. № 3611-17 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та Законом України від 07.07.2011 р. № 3612-17 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» до таких структур будуть відноситися центри ПМСД та приватні сімейні лікарі.

Діючий організаційно-економічний механізм надання ПМСД фактично являє собою модель Семашко 1991 р., яка була модифікована прийнятими нормативними актами протягом останніх 20 років. Нині в галузі охорони здоров'я діє 331 закон України, 134 укази Президента України та 677 постанов Кабінету Міністрів України. Зазначені документи узгоджені з Конституцією України стосовно безкоштовної медицини. Це призвело до монополізації і тінізації галузі на 45–60% (Державний комітет статистики України, 2011).

Має місце блокування вирішення основного протиріччя — рівності й ефективності надання медичної допомоги та послуг. Як наслідок із відомих чотирьох форм надання медичної допомоги (державна, комунальна, приватна і страхова) остання практично не розвивається. Дві перші виживають. Після 2000 р. діюча модель охорони здоров'я доповнилася інституцією загальної лікарської практики/сімейної медицини (ЗЛП/СМ), у тому числі з приватною формою надання послуг. Діючий механізм ПМСД включає мережу закладів різних форм власності (комунальної, державної) в системі Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук України, міністерств та відомств, а також приватної. Таким чином,

інфраструктура ПМСД включає (Іпатов А.В., 2000):

- фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП);
- сільські лікарські амбулаторії (СЛА) з дільницями ЗЛП/СМ;
- СЛА;
- дільничні лікарні з дільницями ЗЛП/СМ;
- дільничні лікарні з відділеннями ЗЛП/СМ;
- районні лікарні з дільницями ЗЛП/СМ;
- районні лікарні з відділеннями ЗЛП/СМ;
- територіальні дорослі та дитячі поліклініки;
- жіночі консультації;
- поліклінічні відділення медико-санітарних частин і диспансерів;
- амбулаторії ЗЛП/СМ (АЗЛП/СМ);
- дільниці ЗЛП/СМ у складі поліклініки центральної районної лікарні (ЦРЛ);
- відділення ЗЛП/СМ у складі поліклініки ЦРЛ;
- АЗЛП/СМ на території обслуговування поліклініки (у складі лікарні);
- поліклініки з відділеннями ЗЛП/СМ (у складі лікарні);
- АЗЛП/СМ у складі лікарні (відокремлені);
- приватні АЗЛП/СМ;

У сільській місцевості України мережа ПМСД стасом на 01.01.2008 р. включала:

- 1) ФАП і фельдшерські пункти (ФП) — 15 331 од.;
- 2) СЛА, у тому числі ЗЛП/СМ — 2995 од.;
- 3) дільничні лікарні з підрозділами ПМСД — 668 од.;
- 4) районні лікарні з підрозділами ПМСД — 138 од.

При цьому 250 сіл із населенням <1 тис. осіб не мають будь-якого медичного закладу. Майже 97% ФАПів і ФП підпорядковано селищним радам, близько 2% — ЦРЛ, решта — органам управління охорони здоров'я. Близько 32% ФАП обслуговують <300 осіб населення кожний. 20% закладів потребують капітального ремонту або знаходяться в аварійному стані (Князевич В.М. (ред.), 2010).

У зв'язку з відсутністю будь-якої взаємодії між зазначеними закладами та паралельним обслуговуванням кількома із них одного й того ж самого громадянина діючий організаційно-економічний механізм ПМСД неспроможний забезпечити безперервність і системність лікування.

По суті діючий організаційно-економічний механізм забезпечення діяльності ПМСД передбачає фінансування закладів,



а не реальних потреб громадян. Принцип фінансування до 2010 р. був передбачений ст. 21 і 57 Бюджетного кодексу України (Верховна Рада України, 2001) та наказом Міністерства фінансів від 27.12.2001 р. № 604 «Про бюджетну класифікацію та її запровадження». Фінансування надання окремих видів медичної допомоги передбачено з усіх видів бюджетів. При цьому різні види допомоги можуть фінансуватися з одного бюджету.

Згідно зі ст. 88–90 гл. 4 Бюджетного кодексу України 2001 р. фінансування ПМСД в основному було покладено на місцеві бюджети. Крім цього, фінансування первинної та амбулаторно-поліклінічної допомоги у поліклініках, що виконують специфічні загальнодержавні функції, згідно із передбаченим Кабінетом Міністрів України переліком здійснювалося з державного бюджету (Князевич В.М. (ред.), 2010). Згідно зі ст. 86 Бюджетного кодексу України 2001 р. здійснювалося фінансування бюджетних установ та заходів, гарантованих державою, які забезпечують відповідно першочергове надання соціальних послуг, які розташовані найближче до споживача; окремо видатки на надання основних соціальних послуг для всіх громадян України, окремо — соціальних послуг для окремих категорій громадян або фінансування програм в усіх регіонах України.

Відповідно до п. 3 ст. 89 та п. 3 (а–д) ст. 90 Бюджетного кодексу України на 2011 р. відсутній розподіл за видами медичної допомоги, а передбачено фінансування заходів (див. також — Закон України від 29.12.2011 р. № 2857-17 «Про Державний бюджет України на 2011 рік»). Такі ж підходи збереження порядку фінансування системи охорони здоров'я на 2012 р. згідно з Законом України від 22.12.2011 № 4282-17 «Про Державний бюджет України на 2012 рік». Тобто, на відміну від світової практики, де передбачено фінансування ПМСД за принципом подушної оплати на основі договірних відносин між розпорядником бюджетних коштів і надавачем послуг та пацієнтом, діяла і фактично діє система фінансування установ.

Системною проблемою діючого організаційно-економічного механізму є хаотична ситуація поведінка пацієнтів у переважній більшості випадків при першому зверненні до лікаря за наданням необхідної медичної допомоги.

Зазначений стан справ, вірогідно, економічно вигідний монополістам на районному рівні надання послуг ПМСД. Це здійснюється за рахунок «накручування маршрутів» руху пацієнта від лікаря до лікаря. Чим більше звернень пацієнта, тим вигідніше лікарям. Причиною цього є неурегульованість державними та місцевими органами влади монополізованого середовища надання послуги при першому контакті пацієнта з лікарем. Ним має бути сімейний лікар, який є персонально відповідальним за якість і своєчасність надання ПМСД.

Основним чинником, що блокує розвиток ПМСД в Україні, є нерідко низький професійний рівень та незадовільне інформаційне забезпечення дільничних лікарів,

що призводить до хаотичних звернень хворого до інших лікарів. Це до 6 разів збільшує кількість відвідувань пацієнтами лікарів від необхідного, і відповідно — призводить до нарощування у кілька разів фінансових витрат громадян.

До проблем ПМСД, як свідчить досвід роботи у місті Комсомольськ Полтавської області, слід віднести відсутність фактичної оплати приватному сімейному лікарю за надання ним медичної допомоги на одній дільниці більше ніж 200 пацієнтам протягом року. Це стосується надання послуг стаціонару вдома 120 хворим і денного стаціонару — 96 хворим. Вартість цієї послуги протягом 1 міс, за оцінками фахівців, фактично становить близько 920 грн. (10 осіб стаціонару вдома по 60 грн. = 600 грн.; 8 осіб денного стаціонару по 40 грн. = 320 грн.).

У прийнятих змінах до Закону України від 07.07.2011 р. № 3611-17 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та Закону України від 07.07.2011 р. № 3612-17 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» не визначено пріоритетності розвитку ПМСД та її основної ланки — сімейного лікаря. Організаційно-економічні та організаційно-юридичні механізми її розвитку, виходячи із передової практики розвинутих європейських країн, не розкриті.

Згідно із зазначеними законодавчими змінами вводиться розмежування фінансування за видами медичної допомоги. При цьому районний рівень визначено як рівень надання ПМСД.

До концептуальних помилок, наявних в обох законах, слід віднести:

1. Відсутність основної мети законодавчих змін — покращання якості та тривалості життя, зниження смертності громадян, в першу чергу — осіб працездатного віку за рахунок своєчасного та кваліфікованого надання медичної допомоги через інститут сімейного лікаря.

2. Відсутність передбаченого Постановою Кабінету Міністрів України від 31.12.2004 р. № 1782 «Деякі питання врегулювання міжбюджетних відносин» фінансування ПМСД в обсязі 23% витрат на систему охорони здоров'я. У перспективі цей показник, на нашу думку, має досягати не менше 35%.

Для створення фундаментальних основ впровадження здорового способу життя та подовження його тривалості як одного з пріоритетів розвитку ПМСД необхідне вжиття неюжним громадянином, органами влади, керівними організаціями радикальних заходів.

На першому етапі слід розгорнути соціально-економічну систему, в першу чергу охорони здоров'я, в науково обґрунтоване русло щодо базового розвитку ПМСД. Перш за все це стосується глибокої аналітичної оцінки реального стану справ у системі охорони здоров'я, симетричного руху фінансових потоків щодо першочер-

гового задоволення потреб ПМСД. Для розвитку ПМСД на засадах приватного сімейного лікаря необхідно передбачити прийнятний податок (хоча б 500 грн./міс).

Фінансування до 23% витрат системи охорони здоров'я на ПМСД (нині 5%) дозволить їй бути доступною для 80% мало-забезпеченої частини населення України. ПМСД на засадах ЗЛП/СМ стане для громадянина основним інформаційним джерелом щодо здорового способу життя, рушієм якісних профілактичних послуг для населення на базі необхідного рівня медичної освіти.

Для якісного переходу на зазначений рівень фінансування, який фактично перевищує нинішній офіційний у 2 рази, а реально у 4–5 разів, Кабінету Міністрів України необхідне проведення демонополізації галузі шляхом прийняття окремих постанов, в яких треба здійснити обґрунтування щодо:

1. Створення за рахунок внутрішніх резервів відділів охорони здоров'я районних державних адміністрацій як головних розпорядників бюджетних коштів.

2. Розроблення і затвердження методики подушних витрат на надання ПМСД, а також підходів до фінансування вторинної, третинної та екстреної допомоги, передбачивши окремо виділення коштів у кожній із них на паліативну допомогу та медичну реабілітацію (до 01.07.2012 р.).

3. Розроблення відділами охорони здоров'я районних, міських, обласних державних адміністрацій за програмно-цільовим методом проектів бюджетів із чітким розподілом на зазначені види медичної допомоги для подальшого затвердження на сесіях рад відповідних рівнів. При цьому передбачити пріоритетність розвитку ПМСД (до 15.08.2012 р.).

4. Урегулювання механізмів створення конкурентного середовища при наданні ПМСД шляхом заключення прямих договорів не лише між розпорядниками бюджетних коштів і поліклініками, а також між розпорядниками коштів і приватними сімейними лікарями (до 01.10.2012 р.).

5. Створення рівних умов праці сімейних лікарів комунальної сфери та приватних сімейних лікарів, передбачення зарахування стажу останнім та надання прав випускування листків тимчасової втрати працездатності, користування наркотичними лікарськими засобами. З цією метою зобов'язати МОЗ України внести зміни до п. 3.9 наказу від 19.05.2003 р. № 221 «Про внесення змін до положення про порядок проведення атестації лікарів» щодо визначення переліку документів, які дозволять підприємницьку діяльність сімейного лікаря зараховувати до стажу роботи відповідної спеціальності. На наш погляд, до зазначеного переліку слід віднести: договір між розпорядником бюджетних коштів і сімейним лікарем; договір сімейного лікаря з найманими працівниками; договори сімейного лікаря з пацієнтами; документи на підтвердження категорії; ліцензію МОЗ України на право приватної практики; реєстрацію як суб'єкта підприємницької діяльності (до 01.09.2012 р.).

6. Вирівнювання прибутку приватного сімейного лікаря та заробітної плати комунального сімейного лікаря. Для детінізації прибутку приватного сімейного лікаря необхідно передбачити збільшення фінансування його щомісячних послуг до 3500 грн. При цьому передбачити коефіцієнт для лікарів доплат за надання послуг дітям <3 років та особам віком >65 років (можливо, на рівні 1,3). Крім цього, для заохочення обслуговування сільських мешканців доцільно передбачити коефіцієнт для лікаря, який там працює (приблизно 1,5 у селі; 1,3 — у районному центрі; 1,2 — у місті) (до 01.09.2012 р.). Частково це враховано в Постанові Кабінету Міністрів України від 05.03.2012 р. № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я».

7. Перепідготовка кадрів для заняття посад сімейних лікарів із залученням практикуючих сімейних лікарів до навчального процесу (до 01.11.2012 р.).

8. Розподілу фінансування ПМСД та вторинної ланки на амбулаторну та стаціонарну. Передбачити оплату сімейного лікаря за надання послуг денного стаціонару та стаціонару вдома (до 01.11.2012 р.).

9. Створення ефективних механізмів раціонального використання часу та фінансових ресурсів пацієнтів при зверненні до лікаря шляхом введення обов'язкової норми направлення на вторинний рівень надання допомоги за направленням сімейного лікаря. Для посилення контролю за діяльністю сімейних лікарів чітко регламентувати порядок складання дефектних актів (до 01.11.2012 р.).

До системної проблеми системи охорони здоров'я слід віднести її тінізацію, яка, за нашими оцінками, становить до 95%. Але впровадити ефективні заходи щодо детінізації можна після системних дій щодо демонополізації галузі.

Організаційно-управлінські та фінансово-економічні заходи щодо розвитку системи охорони здоров'я на 2013 р. можливо буде планувати на початку 2-го півріччя 2012 р. після виконання вищезазначених заходів щодо демонополізації надання послуг та пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря. За нашими оцінками коштів, виділених на систему охорони здоров'я у 2012 р., достатньо для початку реальних реформ у разі їх ефективного перерозподілу виходячи з пріоритетності ПМСД.

На рівні Верховної Ради України передбачити внесення змін до діючого законодавства:

- Про порядок проведення тендерів на надання медичних послуг (практично останні 5 років тендер не проводився). Особливу увагу звернути на необхідність укладання між розпорядником бюджетних коштів та надавачами медичних послуг прямих угод, без посередників (між підрозділами охорони здоров'я міст та районів і безпосередньо сімейними лікарями, без поліклінік).

- До ст. 35 (35/2) Закону України від 19.11.1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо обов'язкового звернення громадянина до сімейного лікаря перед його направленням до закладів охорони здоров'я вторинної ланки.

- До ст. 35 (35/1) Закону України від 19.11.1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я», щоб передбачити безпосередню участь сімейного лікаря у розрахунках з установами, що надають вторинну і третинну медичну допомогу пацієнту, який отримав відповідне направлення. Для цього слід передбачити щомісячне збільшення на 50% фінансування сімейного лікаря (до 12 тис. грн). Нині ця сума становить, з досвіду міста Комсомольська, 8 тис. грн./міс на 1 сімейного лікаря.

- До ст. 35 (35/3) Закону України від 19.11.1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо обов'язкового звернення громадянина до сімейного лікаря перед його направленням до закладів охорони здоров'я, які надають третинну медичну допомогу.

- До Закону України від 01.06.2000 р. № 1775-III «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» щодо спрощення процедури отримання ліцензій сімейним лікарем (можливо, через управління охорони здоров'я міст та районів).

- До ст. 35 Закону України від 19.11.1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо можливості укладання договору сімейним лікарем із розпорядником бюджетних коштів і громадянином на 1 рік з правом пролонгації до 5 років.

- До ст. 35 Закону України від 19.11.1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо права сімейного лікаря надавати екстрену медичну допомогу населенню на власній дільниці через відповідного диспетчера екстреної медичної допомоги.

- До Закону України від 07.07.2011 р. № 3612-17 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», де відсутній прописаний організаційно-економічний механізм функціонування закладів у сфері охорони здоров'я на території госпітального округу. Доцільною формою було б об'єднання лікарських закладів району (міста). При цьому відносини між ними оформляються відповідними угодами.

- До Закону України від 07.07.2011 р. № 3612-17 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», де слід передбачити організаційно-економічний механізм фінансування

витрат — або за конкретним випадком, враховуючи витрати за минулі роки та інфляцію, або фінансування високих зарплат лікарів.

- До Законів України від 21.05.1997 р. № 280-97 «Про місцеве самоврядування в Україні» та від 09.04.1999 р. № 586-14 «Про місцеві державні адміністрації» щодо врегулювання питання власності на заклади в системі охорони здоров'я. Наприклад, у ряді міст діють міські лікарні, підпорядковані міській раді, та районні, підпорядковані районним державним адміністраціям. Це дозволить оптимізувати залучення установ системи охорони здоров'я районів та міст у госпітальні округи. Перш за все це стосується районів із невеликою кількістю населення.

- До Закону України від 19.11.1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» щодо удосконалення надання медичної допомоги в частині 1 необхідно дати визначення сфери охорони здоров'я, медичної послуги та послуги, що не належить до медичної допомоги, але гарантується державою.

- Крім цього, необхідно в стислі терміни прийняти закони України «Про порядок укладання договорів на надання медичного обслуговування та медичних послуг населенню» та «Про медичні заклади».

На рівні Кабінету Міністрів України необхідно розробити і затвердити:

- Концепцію розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря.
- Стратегію розвитку ПМСД.
- Державну програму розвитку ПМСД.
- Методичні рекомендації до розробки регіональних програм розвитку ПМСД.
- Проекти законів про ПМСД.
- Постанови Уряду про пріоритетність розвитку ПМСД в системі охорони здоров'я.

На міжвідомчому рівні необхідно розробити і затвердити Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством соціальної політики України, Міністерством регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України спільні накази щодо створення умов пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря.

На рівні Міністерства охорони здоров'я України:

1. Розробити методику оцінки якості роботи сімейного лікаря та коефіцієнтів штрафних санкцій за дефектними актами. Частково це враховано в Постанові Кабінету Міністрів України від 05.03.2012 р. № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я».

2. Розгорнути професійну підготовку лікарів на базі успішно діючих амбулаторій ЗЛП/СМ.

На рівні органів місцевої влади:

1. Управлінням охорони здоров'я, соціальної політики та фінансового забезпечення розробити регіональні програми

пріоритетного розвитку ПМСД на засадах ЗЛП/СМ.

2. На сесіях обласних, районних, міських рад розглянути та прийняти регіональні програми пріоритетного розвитку ПМСД на засадах ЗЛП/СМ.

3. Удосконалити методику штрафних санкцій згідно з дефектними актами щодо обслуговування населення сімейними лікарями, передбачивши 0,5% санкцій не від обороту коштів, а від зарплати сімейного лікаря.

4. Здійснити підрахунок реальних витрат на надання послуг ПМСД на засадах ЗЛП/СМ у кожному населеному пункті. Суттєвим є проведення розрахунку шляхів фінансового покриття витрат за рахунок як місцевого бюджету, так і громадян. В основу заходів слід покласти належне фінансове забезпечення діяльності сімейних лікарів із суттєвим заохоченням приватної форми надання послуг. Це має створити підґрунтя для покращання матеріально-технічної бази амбулаторій ЗЛП/СМ. Важливим є належне фінансування професійної підготовки та перепідготовки сімейних лікарів.

5. Провести:

а) розгортання кабінетів ЗЛП/СМ на базі ФАПів (кількість населення ≥ 1000 осіб), лікарських амбулаторій, дільничних і міських лікарень;

б) об'єднання всіх лікарів ЗЛП/СМ комунальної сфери у центри ПМСД;

в) чітко розподілити учасників ПМСД:

- власник фінансових ресурсів — районна рада;
- розпорядник фінансових ресурсів — райдержадміністрація;
- надавач послуг — сімейний лікар приватної чи комунальної сфери;
- отримувач послуг — пацієнт;
- г) введення власником, розпорядником фінансових ресурсів та отримувачем послуг чіткої мети і критеріїв діяльності ПМСД на засадах ЗЛП/СМ — щорічно з урахуванням зниження:

- передчасної смертності населення;
- передчасної смертності населення у працездатному віці;
- смертності дітей при народженні;
- рівня госпіталізації;
- частоти викликів швидкої допомоги.

З метою суттєвого покращання якості нормативно-правової бази щодо пріоритетного розвитку ПМСД на засадах ЗЛП/СМ доцільне залучення до її розробки практикуючих сімейних лікарів, представників неурядових та наукових організацій та пацієнтів.

Таким чином, економічне реформування ПМСД має максимально стимулювати перш за все сімейного лікаря та лікаря-діагнста, який обслуговує пацієнта за направленням, до надання високоякісних доступних послуг на базі достатньо конкурентного середовища серед таких же лікарів.

Обидва законодавчі документи (Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-17 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допо-

моги» та Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-17 «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві») передбачають збереження моделі Семашко, яка визначає фінансування установ, лише тепер у рамках кожного виду медичної допомоги. Попередня модель Семашко була не так чітко структурована за видами надання медичної допомоги.

Сутність реформування системи охорони здоров'я має полягати в кардинальному відході від зазначеної моделі. Виходячи з досвіду передових країн, де в центр організаційно-економічних і організаційно-правових відносин повинні бути поставлені пацієнт, розпорядник бюджетних коштів як замовник послуг та надавач послуг — сімейний лікар або центр ПМСД як юридичні особи. Це дозволить зламати діючий монополізм на районному рівні в особі районної лікарні чи поліклініки в наданні послуг через власні установи. Як наслідок вірогідне зменшення вартості цих послуг для бюджету району і громадян становитиме $\leq 25-30\%$, а в окремих випадках — у кілька разів. Зазначене обґрунтування базується на досвіді реформування ПМСД в Україні, перш за все у місті Комсомольську Полтавської області.

Високий поріг професійності сімейного лікаря є запорукою якісних і доступних послуг ПМСД.

Висновки

На наш погляд, ключовою ланкою впровадження реформування в системі охорони здоров'я є розробка і застосування ефективного економічного механізму розвитку ПМСД. Зазначений механізм потребує кардинальних змін для максимальної адаптації ПМСД до умов ринкового середовища.

У зв'язку з цим важливим є дослідження сутності й особливостей впровадження ефективного економічного механізму розвитку ПМСД через обґрунтування внесення необхідних змін до законів України та постанов Уряду України.

Таким чином, висококваліфікований сімейний лікар, у першу чергу, приватний, та лікар-діагност, який надає послуги за направленням сімейного лікаря, є основою розбудови ефективної системи ПМСД. Цінність експерименту полягатиме у наданні можливості органам місцевого самоврядування, лікарям та громаді визначитись у оптимальних співвідношеннях пацієнта з центром ПМСД (діагностично-лікувальним центром ПМСД) чи приватним сімейним лікарем.

У зазначеного лікаря та пацієнта мають бути завчасно налагоджені юридичні стосунки через укладання відповідної угоди. У цьому разі сімейний лікар, який є реальним координатором руху бюджетних коштів для проведення діагностування і лікування пацієнта, вкрай заінтересований у створенні конкурентного середовища серед лікарів-спеціалістів, які надають аналогічні послуги на вторинному і третинному рівнях.

Для розробки ефективного організаційно-економічного та організаційно-правового механізму розвитку ПМСД доцільно із залученням фахівців Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я та науковців створити урядовий координаційний центр при Кабінеті Міністрів України для розробки і впровадження законодавчих та урядових змін.

Особливо актуальним є урядове супроводження завершення реформування системи охорони здоров'я на базі пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря у місті Комсомольську Полтавської області.

Важливим для системи охорони здоров'я України є поглиблене вивчення та впровадження передового досвіду розробки економічного механізму розвитку системи ПМСД країн Центральної та Східної Європи, а також Франції та його законодавчого забезпечення.

Висловлення вдячності

Автор висловлює вдячність за надання критичних та слушних зауважень міністру охорони здоров'я України у 2008–2010 рр. доктору медичних наук В.М. Князевичу, заступнику міністра охорони здоров'я України у 2008–2010 рр. кандидату економічних наук І.В. Яковенку, а також завідувачому відділом соціальної інфраструктури Інституту демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАМН України доктору економічних наук В.М. Новікову за сприяння в організації дослідження.

Список використаної літератури

Верховна Рада України (2001) Бюджетний кодекс України на 2010 р. Відомості Верховної Ради України, 37–38: 189.

Державний комітет статистики України (2011) Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році: статистичний бюлетень. Київ, 22 с.

Іпатов А.В. (2000) Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні. ПОРОГИ, Дніпропетровськ, 260 с.

Князевич В.М. (ред.) (2010) Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина. Київ, 404 с.

Лехан В.М. (2002) Нові підходи до організації первинної медико-санітарної допомоги. Главний врач, 1(9): 33–41.

Надута Г.М., Надутий К.О., Жаліло Л.І. (2004) Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей ПМСД: поліклінічної (традиційної) і ПМСД, що надається приватними лікарями загальної медичної практики (на прикладі м. Комсомольська Полтавської області). Главний врач, 4(36): 43–45.

Сердюк А.И., Шинкарева И.М. (2006) Эффективность организационных моделей первичной медико-санитарной помощи сельскому населению: опыт интегральной оценки. Междунар. мед. журн., 1: 133–136.

Слабкий Г.О. (ред.) (2011) Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік. Київ, 28 с.

Hobbs F.R. (1995) Emerging challenges for European general practice. Eur. J. Gen., 1(4): 172–175.

White K.L. (1990) The general physician: past and future. J. Gen. Intern. Med., 5(6): 516–521.

Совершенствование экономического механизма развития первичной медико-санитарной помощи в Украине

А.П. Корнийчук

Резюме. Исследованы направления совершенствования законодательного обеспечения эффективного реформирования системы здравоохранения в Украине, прежде всего в пилотных регионах. Для этого проанализировано существующее законодательное обеспечение и отработаны основные мероприятия по его совершенствованию. Проанализировано влияние на ре-

формирование системы здравоохранения действующей несовершенной системы финансирования первичной медико-санитарной помощи в структуре специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, организационно-экономический механизм, система здравоохранения.

Improving the economic mechanism of primary health care in Ukraine

O.P. Korniychuk

Summary. The ways of improving the effective health care reform legislative support in Ukraine, primarily in the pilot regions, are

researched. For this purpose existing legal framework is analyzed and the main measures for its improvement are worked out. The impact of the current imperfect primary health care financing system on the health care reform in the structure of specialized health care is analyzed.

Key words: primary health care, organizational and economic mechanism, the health system.

Адреса для листування:

Корнійчук Олександр Петрович
01032, Київ, бульв. Тараса Шевченка, 60
Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, відділ соціальної інфраструктури

Реферативна інформація

Что пойдет на пользу тем, кто страдает депрессией?



Лица, страдающие депрессией, вероятно, отмечали, что прогулки на свежем воздухе сглаживают симптомы недуга. Теперь их польза подтверждена научно: Марк Берман (Marc Berman), докторант Исследовательского институ-

тута Ротман в Бэйкресте (Baycrest's Rotman Research Institute), Торонто, Канада, совместно с учеными из Мичиганского и Стэнфордского университетов (University of Michigan and Stanford University), США, провели одно из первых исследований в данной области. О полученных результатах они сообщили online, перед тем как опубликовать их в «Journal of Affective Disorders».

Как показало более раннее исследование М. Бермана, здоровые взрослые лица после часовой прогулки на природе демонстрируют довольно значительное улучшение когнитивных навыков. В отношении же участников текущего исследования — 20 лиц с диагнозом большого депрессивного расстройства (12 женщин и 8 мужчин, средний возраст — 26 лет) — ученые были настроены скептически: учитывая склонность больных с депрессией к размышлениям и негативизму, прогулки в одиночестве могли не только не принести никакой пользы, но и усугубить депрессивное настроение.

Перед началом эксперимента его участники прошли базовое тестирование для определения показателей познавательной сферы и статуса настроения. Им было предложено поразмышлять на какую-либо проблемную, болезненную для них тему, а затем — прогуляться в течение 1 ч по лесопарковой зоне или шумной части города, следуя предписанному маршруту с использованием GPS-навигатора. После завершения прогулки они прошли повторную оценку показателей внимания, краткосрочной памяти и настроения, а через 1 нед — повторили ту же процедуру, но с прохождением местности, в которой не были в прошлый раз.

Установлено значительное улучшение показателей рабочей памяти и внимания после прогулки на природе ($p < 0,001$) по сравнению с городскими условиями, а также улучшением настроения.

Странники теории восстановления внимания (attention restoration theory) утверждают, что созерцание природы умиротворяет, способствует улучшению психологического статуса и когнитивного функционирования. Вряд ли можно ожидать подобного эффекта, прогуливаясь в условиях оживленной городской среды. Лишенное внешних отвлекающих факторов, перегружающих рабочую память и внимание, времяпровождение на природе является полезным дополнением к существующим методам лечения пациентов с клинической депрессией с уже доказанной эффективностью, таким как психотерапия и медикаментозное лечение.

Baycrest Centre for Geriatric Care (2012) A walk in the park gives mental boost to people with depression. ScienceDaily, May 16 (<http://www.sciencedaily.com/releases/2012/05/120514134303.htm>).

Berman M.G., Kross E., Krpan K.M. et al. (2012) Interacting with nature improves cognition and affect for individuals with depression. J. Affect. Disord., Mar. 30 [Epub ahead of print].

Ивета Щербак

Ученые опровергли миф о курении



«Я уже слишком стар, чтобы бросать курить», — говорят многие курильщики старшего возраста. Группа исследователей из Немецкого центра исследования рака (German Cancer Research Center) в Гейдельберге во главе с Каролин Геллерт (Carolin Gellert) решили выяснить, как отказ курильщиков пожилого возраста (от 60 лет) от этой вредной привычки влияет на уровень смертности.

Ученые осуществили метаанализ результатов 17 исследований, проведенных в 7 странах (Австралии, Китае, Англии, Японии, Франции, Испании и США) с 1987 по 2011 г., которые предполагали наблюдение за участниками в период от 3 до 50 лет.

Статистический анализ подтвердил положительное влияние отказа от курения на состояние здоровья и продолжительность жизни представителей всех возрастных групп, даже лиц в возрасте от 80 лет!

У курильщиков был отмечен на 83% выше риск смерти в течение периода исследования по сравнению с некурящими лицами в возрасте от 60 лет (относительный риск (ОР) 1,83; 95% доверительный интервал (ДИ) 1,65–2,03 при колебаниях по результатам различных исследований от 1,2 до 3,4).

Кроме того, выявлена связь между количеством выкуриваемых сигарет и риском преждевременной смерти.

Бывшие курильщики также имели повышенный на 34% риск смерти по сравнению с никогда не курившими (ОР 1,34; 95% ДИ 1,28–1,40), но этот риск был значительно ниже, чем у продолжавших курить! Более того: повышенный риск смерти постепенно снижался с увеличением периода после прекращения курения.

Полученные результаты дают возможность утверждать, что курение остается весомым фактором риска преждевременной смерти, в том числе в пожилом возрасте, а отказ от этой вредной привычки положительно влияет на состояние здоровья в любом возрасте.

Ученые надеются, что эти факты станут дополнительным стимулом бросить курить для людей пожилого возраста.

Gellert C., Schöttker B., Brenner H. (2012) Smoking and All-Cause Mortality in Older People: Systematic Review and Meta-analysis. *Smoking and All-Cause Mortality in Older People*. Arch. Intern. Med., 172(11): 837–844.

Дмитрий Поспелов