

УДК 614.2:616-082:001.73

# ПІЛОТНИЙ ПРОЕКТ «РЕФОРМА МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ»: ЦІЛІ ТА КРОКИ РЕАЛІЗАЦІЇ

В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Г.О. Слабкий,  
М.К. Хобзей, Л.В. Крячкова, М.В. Шевченко (Київ, Дніпропетровськ)

Міністерство охорони здоров'я України  
Дніпропетровська державна медична академія  
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»  
Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

**Резюме.** Встановлено значущість різних ризиків для проведення реформ в охороні здоров'я. Обґрунтовано коло заходів щодо нейтралізації цих ризиків до розгортання реформи на загальнонаціональному рівні, що враховано при розробці плану реалізації пілотного проекту з реформи медичного обслуговування.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, реформа, ризики, пілотні регіони.

Реформа системи охорони здоров'я в Україні є давно назрілою проблемою, оскільки стан здоров'я населення країни незадовільний, а медична галузь функціонує за застарілими радянськими принципами, не орієнтована на задоволення медичних потреб населення і не забезпечує можливого позитивного впливу на популяційне здоров'я [4].

Сьогодні вище керівництво держави визначило реформування медичної галузі одним зі своїх головних пріоритетів. У Програмі економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», підготовленою Комітетом з економічних реформ при Президентові України [3], у розділі «Підвищення стандартів життя» виділено підрозділ «Реформа медичного обслуговування», метою якої визначено: поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості.

З огляду на те, що в Україні немає досвіду проведення широкомасштабних багатоаспектних (з включенням інституційних, фінансово-економічних та інших змін) перетворень у секторі охорони здоров'я, уряд для мінімізації можливих негативних наслідків реформування такої чутливої соціальної сфери, як охорона здоров'я, прийняв рішення щодо попередньої апробації основних складових реформи на експериментальних майданчиках – пілотних областях. Масштаби області як пілотної адміністративно-територіальної одиниці було обрано, оскільки область є практично самодостатньою одиницею з точки зору медичного обслуговування населення і забезпечує надан-

ня всіх рівні медичної допомоги – первинного, вторинного та третинного.

**Мета роботи** – розробити план реалізації пілотного проекту з реформи медичного обслуговування з урахуванням існуючих ризиків для проведення реформ і обґрунтування кола заходів щодо їх нейтралізації до розгортання реформи на загальнонаціональному рівні.

Дослідження проводилося у 3 етапи:

- 1) визначення спектру та значущості основних ризиків для здійснення реформ у сфері охорони здоров'я;
- 2) апробація дієвості тренінгів для подолання ризиків недостатньої інформованості та підготовленості керівників медичних закладів;
- 3) підготовка примірного плану організації діяльності з реформи медичного обслуговування на пілотних територіях.

## Матеріали та методи

Для визначення впливу різноманітних ризиків на здійснення реформ у сфері охорони здоров'я використано одну з модифікацій методу експертних оцінок – метод аналізу ієрархій. Процедура оцінки проблеми на основі групової думки фахівців (експертів) є інструментом, який дає змогу зрозуміти і раціонально структурувати складну проблему, порівняти і виконати кількісну оцінку численних чинників, які можуть впливати на прийняття рішень щодо перетворень в охороні здоров'я та їх реалізацію [5]. Перелік та оцінка відносної значущості (в балах за шкалою від «0» –

ризиків немає до «10» – ризик максимальний) можливих ризиків для проведення реформ у секторі охорони здоров'я визначали за спеціально розробленою анкетною. Використано однокрокову заочну форму участі експертів. Експертну оцінку проводили групою експертів, відібраних з різних регіонів України (Київ, Дніпропетровськ, Донецька, Львівська, Житомирська області) загальною чисельністю 20 осіб, з них 10 науковців у сфері управління охороною здоров'я, 5 представників органів управління органами охорони здоров'я, 5 керівників медичних закладів; усі фахівці вищої категорії з організації та управління охороною здоров'я.

Погодженість думок експертів визначали із застосуванням методу конкордації Кенделла:

$$W = \frac{12S}{n^2(m^2 - m)}$$

де  $S$  – сума квадратів відхилень суми рангів кожного об'єкта експертизи від середнього арифметичного рангів;  $n$  – число експертів;  $m$  – число об'єктів експертизи. Залежно від ступеня узгодженості думок експертів коефіцієнт конкордації може набувати значення від «0» (при відсутності узгодженості) до «1» (при повній одноставності).

Ступінь їх компетентності із зазначених питань, який оцінювали по коефіцієнтах інформованості та аргументації за методикою О.Л. Бондаренко [1], був високим –  $0,84 \pm 0,03$ .

Тренінг щодо цілей, завдань і методів реформування охорони здоров'я проводили за участю 32 керівників медичних закладів та їхніх заступників. Рішення про прийнятний для свого закладу тип і профіль діяльності після тренінгу приймали керівники медичних закладів за допомогою методики SWOT-аналізу – методу аналізу в стратегічному плануванні, який полягає в розподілі факторів та явищ на чотири категорії: *strengths* (сильні сторони), *weaknesses* (слабкі сторони), *opportunities* (можливості) та *threats* (загрози).

## Результати дослідження та їх обговорення

Експерти відібрали 24 різні фактори / ризики, які, на їхню думку, можуть створити перешкоди при проведенні реформування галузі. Всі ризики за змістом поділили на 3 групи: фінансово-економічні, пов'язані з управлінням і з інформованістю та підготовленістю заінтересованих груп (табл. 1). Середній вплив усіх ризиків досить високий ( $7,0 \pm 2,4$  – на реформу і  $7,4 \pm 2,2$  – на структурну перебудову). За оцінками експертів, найбільш вагомими як для реформи галузі в цілому, так і її структурної перебудови зокрема є ризики, пов'язані з управлінням (1-ий ранг, відповідно  $7,7 \pm 2,2$  та  $7,9 \pm 1,9$  балу). Щодо проведення реформи охорони здоров'я експерти 2-ге місце відвели фінансово-економічним ризикам ( $7,0 \pm 2,5$ ), а для структурної перебудови – інформованості та підготовленості заінтересованих груп ( $7,1 \pm 2,4$ ). При цьому слід зазначити, що погодженість думок експертів невисока (загальний коефіцієнт конкордації  $W=0,30$ ;  $p<0,001$ , а для окремих груп ризиків ще нижчий –  $0,13 \pm 0,22$ ;  $p<0,01$ ).

Детальний аналіз впливу окремих ризиків у межах виділених груп на здійснення реформ показав, що серед фінансово-економічних ризиків перші два місця посіли недостатні обсяги державного фінансування сектору охорони здоров'я ( $7,7 \pm 1,7$  балу – вплив на реформу та  $7,5 \pm 1,8$  балу – вплив на структурну перебудову) і відсутність окремих коштів у бюджетах для підготовки та здійснення реформ (відповідно  $7,5 \pm 1,8$  і  $8,1 \pm 2,0$  балу) (табл. 2). Істотно меншого значення надають експерти проблемам зволікання із запровадженням у країні страхової моделі ( $6,4 \pm 2,7$  і  $5,7 \pm 2,4$  балу) та побоюванням медичного персоналу щодо зменшення/втрати рівня «тіньових» доходів (відповідно  $6,0 \pm 2,4$  і  $6,6 \pm 2,6$  балу). До речі, погодженості між експертами щодо окремих фінансово-економічних ризиків немає. Розбіжності в оцінках значні. Наприклад, зрозуміло,

Таблиця 1

Вплив різних груп ризиків на здійснення реформ у секторі охорони здоров'я (за даними експертної оцінки, в балах  $X \pm \sigma$ )

Ризики	На реформу в цілому	Ранг	На структурну перебудову	Ранг	W
Фінансово-економічні	$7,0 \pm 2,5$	2	$6,9 \pm 2,4$	3	0,15
Пов'язані з управлінням	$7,7 \pm 2,2$	1	$7,9 \pm 1,9$	1	0,13
Пов'язані з інформованістю та підготовленістю заінтересованих груп	$6,5 \pm 2,4$	3	$7,1 \pm 2,4$	2	0,22
Усього	$7,0 \pm 2,4$		$7,4 \pm 2,2$		0,30

Примітка: \* – достовірність коефіцієнта конкордації Кенделла ( $p<0,01$ ;  $p<0,001$ ).

Таблиця 2

Вплив фінансово-економічних ризиків на проведення реформ у секторі охорони здоров'я  
(за даними експертної оцінки, в балах  $X \pm \sigma$ )

Ризики	На реформу в цілому	Ранг	На структурну перебудову системи	Ранг	W*
Недостатні обсяги державного фінансування сектору охорони здоров'я	7,7±1,7	1	7,5±1,8	2	–
Відсутність окремих коштів у бюджетах для підготовки та здійснення реформ	7,5±1,8	2	8,1±2,0	1	–
Зволікання із запровадженням у країні страхової моделі (соціального медичного страхування)	6,4±2,7	3	5,7±2,4	4	–
Побоювання медичного персоналу щодо зменшення/втрати рівня «тіньових» доходів	6,0±2,4	4	6,6±2,6	3	–

Примітка: \* – достовірність коефіцієнта конкордації Кенделла ( $p > 0,05$ ).

що для досягнення реальних результатів слід зробити певні інвестиції у реформи (для створення нових інституцій, переоснащення закладів, проведення інформаційних компаній тощо). Однак деякі експерти оцінюють відсутність спеціальних коштів у бюджетах для підготовки та здійснення реформ як «0», тобто фактор не впливає, а деякі – «10», тобто ризики для реформи при відсутності таких спеціальних коштів максимальні. Правда, експертів, які оцінюють цей ризик дуже високо (9–10 балів), переважна більшість – 11 з 20.

При аналізі ризиків, які становлять найбільш впливову групу пов'язаних з управлінням охороною здоров'я, звертають на себе увагу високі вагові оцінки всіх 8 факторів від 6,8 до 8,8 балу (табл. 3). Найбільше, за оцінками експертів, загрожують досягненню поставлених цілей політична нестабільність (1-ше рангове місце – для успішності реформ (8,8±1,9) та 2-ге – для структурної перебудови (8,3±1,8 балу)) і недосконалість або відсутність необхідної законодавчої та нормативної бази для проведення перетворень у секторі охорони здоров'я (1-ше рангове місце – для структурної перебудови та 3-тє – для комплексного реформування охорони здоров'я – з однаковим високим балом 8,4±2,0). До речі, чим вищий рівень практичної управлінської діяльності експерта, тим вище він оцінює ризик недосконалості законодавчої та нормативної бази для реформування ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ) і структурної реорганізації галузі ( $r=0,38$ ;  $p<0,05$ ).

Звертає на себе увагу досить висока погодженість оцінок експертів (коефіцієнт конкордації  $W=0,42$ ;  $p<0,001$ ) щодо значення такого ризику, як низький рівень пріоритетності системи охорони здоров'я для органів центральної влади (2-ге рангове місце для успішності проведення реформ (8,6±1,6 балу) та 5-тє – для структурної перебудови (7,9±1,9 балу)). Тобто якщо вищі державні органи (уряд, парламент) та вищі поса-

дові особи держави (президент, прем'єр-міністр) не усвідомлять, що здоров'я населення та його охорона є одним з найважливіших чинників розвитку економіки і країни та добробуту населення і, відповідно, не будуть заінтересовані в прийнятті в числі першочергових виважених і послідовних рішень з жорстким контролем їх виконання, то провести реформу галузі буде дуже складно.

Низький ранг у цьому блоці присвоєно такому ризику, як опір органів місцевої влади, який вони чинять проведенню структурних перетворень у секторі охорони здоров'я. При цьому відносна оцінка його значущості досить висока (вплив на структурну перебудову – 7,5±2,2 балу). Значення зазначеного фактору як ризику для проведення перетворень підтверджується численними прикладами. Так, органи місцевої влади при затвердженні місцевих бюджетів часто чинять опір визначенню видатків на охорону здоров'я на основі нормативів фінансової забезпеченості; сільські та селищні ради протидіють формальному закриттю ФАПів, які давно не функціонують, не передають у вигляді міжбюджетних трансфертів кошти до відповідних бюджетів інших територіальних громад у випадках, коли, наприклад, сільська амбулаторія фінансується однією сільською радою, а обслуговує населення, що належить до декількох сільських рад тощо, оскільки використовують видатки заплановані на охорону здоров'я для інших цілей. Ідея об'єднання бюджетних коштів для надання первинної допомоги на районному, а для вторинної медичної допомоги на обласному рівні обмежує можливості місцевих органів влади перерозподіляти бюджетні кошти за рахунок охорони здоров'я і викликає у них невдоволення, яке маскується під турботу про забезпечення доступності медичної допомоги.

Група ризиків, пов'язаних з інформованістю та підготовленістю заінтересованих груп, насамперед ор-

Таблиця 3

Вплив ризиків, пов'язаних з управлінням, на здійснення реформ у секторі охорони здоров'я  
(за даними експертної оцінки, у балах  $X \pm \sigma$ )

Ризики	На реформу в цілому	Ранг	На структурну перебудову системи	Ранг	W*
Низький рівень пріоритетності системи охорони здоров'я:					
- для органів центральної влади	8,6±1,6	2	7,9±1,9	5	0,42
- для органів місцевої влади	7,8±1,8	5	8,1±1,7	4	
Недосконалість законодавчої та нормативної бази для проведення перетворень у секторі охорони здоров'я	8,4±2,0	3	8,4± 2,0	1	
Політична нестабільність	8,8±1,9	1	8,3±1,8	2–3	
Недосконалість системи відповідальності за задоволення потреб населення в медичній допомозі:					
- органів центральної влади	8,3±1,6	4	7,7±1,7	6–7	0,27
- органів місцевої влади	6,8±2,7	8	8,3±1,7	2–3	0,22
Недосконалість вертикалі управління системою охорони здоров'я	7,4±2,0	6	7,7±1,8	6–7	
Спротив органів місцевої влади проведенню структурних перетворень у секторі охорони здоров'я	6,9±2,1	7	7,5±2,2	8	0,40

Примітка: \* – достовірність коефіцієнта конкордації Кенделла ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ ).

ганів управління охорони здоров'я, управлінського складу закладів охорони здоров'я та медичного персоналу охоплює досить велику кількість факторів – 12. До числа найбільш значущих ризиків у цій групі експерти віднесли недостатню підготовленість та мотивацію органів управління охорони здоров'я до проведення перетворень (1-ше та 3-тє рангові місця впливу на реформу – 7,6±2,5 та 7,3±2,3 балу; 1-ше та 2-ге рангові місця впливу на структурну перебудову – відповідно 8,0±2,2 та 8,0±2,2) (табл. 4). Однаково значуще і досить вагомо впливають на структурну перебудову проблеми, які стосуються керівників закладів охорони здоров'я: їх недостатня мотивація і підготовленість до проведення реформ, а також побоювання втратити традиційні важелі впливу (3–5-ий ранги, 7,6 балу). Водночас експерти вважають перебільшеними ризики, пов'язані з медичним персоналом, як для загальних перетворень, так і для структурної перебудови. Так, ризик «побоювання медичного персоналу щодо вивільнення через недостатню підготовку» зайняв в обох випадках лише 11-те місце (відповідно 5,6±2,7 та 6,3±2,4 балу). Очевидно, негативне ставлення медичних працівників до реформ, яке часто демонструється у засобах масової інформації, пов'язане або з непрофесійним проведенням реформ, або є «наведеним» негативом під тиском з боку керівництва медичних закладів. Останнє, 12-те, рангове місце експерти віддали недостатній поінформованості населення щодо цілей, завдань та наслідків

перетворень (відповідно 5,5±2,1 та 5,7±2,1 балу). Такий низький ранг не означає, що немає необхідності проводити інформаційну кампанію серед населення щодо передбачуваних змін організації охорони здоров'я та можливих їх наслідків у найближчій і віддаленій перспективі. Більш того, така робота формує з населення партнерів і аудиторів реформ. Низький ранг означає лише те, що опір населення реформам може бути досить сильним, однак не усвідомленим, а спровокованим з боку медичної спільноти шляхом перекручення справжніх цілей та потенційних результатів. Звертає на себе увагу середній рівень погодженості оцінок експертів для низки факторів (коефіцієнти конкордації  $W=0,30 \pm 0,50$ ;  $p < 0,001$ ). Найвищий рівень погодженості стосується оцінки значущості ризику щодо недостатньої поінформованості керівництва медичних закладів стосовно цілей, завдань і наслідків перетворень ( $W=0,50$ ;  $p < 0,001$ ).

Привертає увагу загальний незначний рівень погодженості думок експертів як по групах, так і по окремих ризиках, що вже можна вважати ризиком. Виявлена особливість свідчить про те, що навіть серед найбільш поінформованих фахівців у країні, при погодженості думок стосовно переліку ризиків, немає однастайності щодо сили їх впливу на перетворення в галузі. Можна спрогнозувати, що в суспільстві і передусім у заінтересованих групах розбіжність думок набагато більша і тому просвітницький елемент реформи, хоч і не дуже високо оцінений експертами, надзвичайно важливий.

Таблиця 4

Вплив ризиків, пов'язаних з інформованістю та підготовленістю заінтересованих груп, на здійснення реформ у секторі охорони здоров'я (за даними експертної оцінки, в балах  $X \pm \sigma$ )

Ризики	На реформу в цілому	Ранг	На структурну перебудову системи	Ранг	W**
Недостатня поінформованість щодо цілей, завдань і наслідків перетворень:					
- керівництва медичних закладів	6,0±2,3	9	7,0±2,3	7	0,50
- медичного персоналу	5,8±2,1	10	6,8±1,9	8	0,35
- населення	5,5±2,1	12	5,7±2,1	12	
Недостатня мотивація до проведення реформ:					
- органів управління охороною здоров'я	7,3±2,3	3	8,0±2,2	2	
- керівництва медичних закладів	6,8±2,3	5	7,6±2,5	3-5	0,36
- медичного персоналу	6,1±2,4	7-8	6,6±2,5	9	
Недостатня підготовленість до проведення перетворень:					
- органів управління охороною здоров'я	7,6±2,5	1	8,0±2,2	1	
- керівників медичних закладів	7,2±2,1	4	7,6±2,4	3-5	
Побоювання втратити традиційні важелі впливу:					
- органів управління охороною здоров'я	7,4±2,4	2	7,5±2,5	6	
- керівників медичних закладів	6,7±2,4	6	7,6±2,2	3-5	0,35
Побоювання медичного персоналу щодо:					
- загального скорочення штатів	6,1±2,8	7-8	6,5±2,7	10	
- звільнення через недостатню підготовку	5,6±2,7	11	6,3±2,4	11	0,3

Примітка: \* – достовірність коефіцієнта конкордації Кенделла ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ ).

Підтвердженням цього є результати проведеного в травні 2010 р. у рамках циклу спеціалізації з організації охорони здоров'я на кафедрі соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської медичної академії тренінгу з керівним складом різних рівнів медичного обслуговування чисельністю 32 особи. Програма тренінгу включала ознайомлення з цілями, завданнями, шляхами та механізмами реформування галузі. По закінченні тренінгу його учасникам запропоновано з використанням SWOT-аналізу обґрунтувати перспективи та скласти стратегічний план розвитку свого закладу і оприлюднити перед усіма членами групи. Додатковими аргументами для виконання такої роботи було посилення на відповідні рішення уряду (постанова Кабінету Міністрів України від 17.02.2010 р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» [2]) та МОЗ України (рішення колегії МОЗ від 29.04.2010 р.). У процесі SWOT-аналізу учасники оцінювали сильні та слабкі сторони свого закладу при виконанні покладених на нього сьогодні функцій, конкурентні переваги

та недоліки близько розташованих закладів, які повністю або частково виконують аналогічні функції, включаючи чисельність обслуговуваного населення, потужність, матеріально-технічне забезпечення, укомплектованість персоналом, обсяги відповідних втручань (операцій, прийнятих пологів тощо) при різних станах і захворюваннях, відстань до цих закладів, стан доріг, зручність сполучення тощо.

Серед учасників тренінгу було 10 керівників закладів первинної ланки у сільській місцевості (1 головний лікар дільничної лікарні, 3 головні лікарі сільських лікарських амбулаторій і 6 головних лікарів амбулаторій загальної практики/сімейної медицини (АЗП/СМ)), 11 представників керівництва 9 центральних районних лікарень (ЦРЛ) (3 головні лікарі і 8 заступників), 3 головних лікарі міських дорослих поліклінік, 8 представників керівництва міських дорослих (6) і дитячих (2) лікарень (3 головні лікарі та 5 заступників).

Головні лікарі дільничної лікарні та сільських лікарських амбулаторій після детального аналізу дійшли висновку про перепрофілювання керованих

ними закладів у АЗП/СМ. Усі керівники закладів первинної ланки в сільській місцевості вважають за доцільне стати підрозділами центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) і фінансуватися з районного бюджету за подушним принципом. Водночас 8 керівників рекомендували вільні або ті, що вивільнятимуться, площі реконструювати у відомче житло для медичних працівників, а 2 керівники – розгорнути на вивільнених площах заклади для надання медико-соціальної допомоги. Крім того, рекомендовано ФАПі, які обслуговують менше 300 жителів або знаходяться в аварійному стані, після погодження з відповідними сільськими радами закрити з перерозподілом зони обслуговування населення.

Усі керівники закладів вторинного рівня перед тим, як визначити, якому типу закладу віддати перевагу, окреслили гіпотетичні межі госпітальних округів. Керівники 8 із 9 ЦРЛ дійшли висновку, що після передачі функцій і певної частини інфраструктури до ЦПМСД їх заклади за своїми характеристиками можуть виконувати функції лікарень вторинного рівня для хронічних хворих з консультативною поліклінікою у своєму складі. Керівники одного закладу, враховуючи матеріально-технічне забезпечення лікарні, інтенсивність та обсяги допомоги, що нею надається фактично для населення декількох районів, надали аргументи щодо перепрофілювання ЦРЛ у багатопрофільну лікарню для інтенсивної допомоги, яка стане центром госпітального округу.

Головні лікарі поліклінік після виділення зі свого складу первинної медичної допомоги вирішили: двоє – стати базами для ЦПМСД і залишитися керівниками цих закладів, один – передати свою частку ПМСД як підрозділ до іншого ЦПМСД, а заклад перепрофілювати у консультативну поліклініку для хворих, які не потребують інтенсивної допомоги. Серед керівників 8 міських лікарень один оцінив, що його заклад можна перепрофілювати у лікарню для відновного лікування, один – у хоспіс, троє – у лікарні для хронічних хворих і троє – у багатопрофільні лікарні для інтенсивного лікування. До речі, одним з аргументів для перепрофілювання у невеликому місті міської лікарні у багатопрофільну для інтенсивної допомоги була соціальна складова: оскільки в місті важливу роль відіграють підприємства гірничодобувної галузі зі шкідливими за небезпечними умовами праці і можливість надання інтенсивної допомоги в екстреному порядку є надзвичайно важливим, хоча можливо і не дуже рентабельним.

Таким чином, підготовка керівного складу дала змогу керівникам самостійно і аргументовано визначити, перепрофілювання у заклад якого типу відповідає потребам населення і дає змогу найкращим чином ви-

користати можливості закладу. В жодному разі не йшлося про звільнення медичних кадрів – навпаки, структурна перебудова дозволила б зменшити кадровий дефіцит у багатьох закладах.

Базуючись на прийнятих документах, які стосуються реформування медичного обслуговування та враховуючи оцінки експертами ризиків щодо здійснення змін і результатів пробного тренінгу з керівниками медичних закладів, ми розробили поетапний план або технологічну карту роботи в обраних для апробації та корекції підходів і механізмів реформування у пілотних регіонах:

#### *І етап – Підготовчий (2010 р.)<sup>1</sup>*

1. Визначення відповідальної особи (координатора) з боку керівного складу МОЗ за проведення реформи та пілотні проекти.
2. Створення регіональних координаційних міжвідомчих комітетів (комісій) з реформування сектору охорони здоров'я на рівні пілотних регіонів.
3. Інформування всіх заінтересованих груп (органів місцевої влади, органів охорони здоров'я всіх рівнів, керівників закладів охорони здоров'я) щодо цілей, завдань програми реформ у сфері охорони здоров'я.
4. Проведення навчальних семінарів для представницької та виконавчої влади всіх рівнів щодо цілей, завдань програми реформ у сфері охорони здоров'я та ризиків щодо її реалізації.
5. Проведення тренінгів для органів охорони здоров'я та керівного складу (головних лікарів та їх заступників) закладів охорони здоров'я всіх рівнів.
6. Проведення інформаційної кампанії із залученням засобів масової інформації та компетентних працівників системи охорони здоров'я.

#### *II етап – Планування оптимізації мережі та потужностей закладів охорони здоров'я в пілотному регіоні (2010 р.)<sup>2</sup>*

- 2.1. Інвентаризація закладів охорони здоров'я з аналізом їх мережі, потужностей, матеріально-технічного стану, виходячи з потреб населення у медичній допомозі різних рівнів.
- 2.2. Розробка проекту генерального плану оптимізації мережі та потужностей закладів охорони здоров'я в регіоні з урахуванням потреб населення в медичному обслуговуванні та прогнозів попиту на медичні послуги, а також із дотриманням принципу географічної та фінансової доступності.

##### 2.2.1. Розвиток інституту сімейного лікаря:

1. Інституційне розмежування первинної та вторинної допомоги.

<sup>1</sup>Перший етап виконується не лише у пілотних, але й усіх регіонах країни.

<sup>2</sup>Досвід планування оптимізації мережі та потужностей закладів охорони здоров'я у вигляді методичних рекомендацій МОЗ України повинен бути переданий в інші регіони у першому кварталі 2011 р.

2. Визначення меж центрів первинної медико-санітарної допомоги.
3. Оптимізація мережі закладів первинної допомоги в сільській та міській місцевостях:
  - перепрофілювання сільських дільничних лікарень, сільських амбулаторій в АЗП/СМ;
  - перепрофілювання поліклінік або виділення з їх складу АЗП/СМ;
  - перепрофілювання малопотужних амбулаторій у фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи);
  - закриття малопотужних і безперспективних ФАПів;
  - при затвердженні проектно-кошторисної документації для будівництва та реконструкції житлових будинків в існуючих умовах конкретної забудови передбачати облаштування АЗП/СМ.

#### 2.2.2. Розвиток вторинної медичної допомоги:

1. Визначення меж госпітальних округів.
2. Визначення перспектив функціональної диференціації/перепрофілювання існуючих медичних закладів вторинного рівня з урахуванням їх сильних, слабких сторін та відповідності ліцензійним умовам у:
  - лікарні інтенсивної допомоги,
  - лікарні для проведення планового лікування,
  - відновлювального лікування,
  - хоспіси,
  - лікарні для медико-соціальної допомоги.

### **III етап – Реалізація реформ (2011–2012 рр.)**

1. Позапланова перевірка медичних закладів на їх відповідність оновленим ліцензійним та акредитаційним умовам.
2. Реалізація планів оптимізації мережі та потужностей закладів охорони здоров'я.
3. Запровадження вибору пацієнтами лікаря первинної ланки.
4. Запровадження системи направлень лікаря первинної ланки для отримання планової вторинної допомоги (амбулаторної та стаціонарної) різної інтенсивності.
5. Апробація закупівлі медичних послуг за державним замовленням у віртуальному режимі (I півріччя 2011 р.).
6. Перехід до стратегічних закупівель у реальному вимірі (II півріччя 2011 р.).
7. Моніторинг результатів перетворень.
8. Моніторинг якості та доступності медичної допомоги.
9. Узагальнення результатів.
10. Передача результатів в інші регіони України для запровадження.

## **Висновки**

1. За даними експертної оцінки, на успішність реформ в охороні здоров'я впливають численні чинники, які можуть перешкоджати здійсненню перетворень. Найбільш значущими є ризики, пов'язані з управлінням галуззю, у т.ч.: політична нестабільність (8,8 балу за 10-бальною шкалою), низький рівень пріоритетності охорони здоров'я для органів центральної влади (8,6 балу) і недосконалість законодавчої та нормативної бази для проведення перетворень у секторі охорони здоров'я (8,4 балу).
2. Недостатня поінформованість і підготовленість різних заінтересованих груп, на думку експертів, менше впливає на проведення реформ, але ігнорування таких ризиків може істотно загальмувати реформу або призвести до її перекручення. Більш ризикованими є прогалини в інформованості та підготовці представників органів управління охорони здоров'я та керівництва медичних закладів.
3. Випробувальне проведення тренінгу з керівниками закладів охорони здоров'я показало, що навчання нівелює більшість побоювань учасників тренінгу і сприяє активній участі цих керівників у процесі реформ. Підвищує ефективність навчання наявність чіткої, послідовної з однозначною трактовкою політики реформування охорони здоров'я.
4. Розроблений поетапний план / технологічна карта організації роботи в пілотних регіонах спрямований на прискорення реалізації запланованих на рівні держави заходів з мінімізацією ризиків при їх проведенні.

## **Перспективи подальших досліджень**

Враховуючи дані експертної оцінки, що однією з найбільших перешкод для проведення реформ є недосконалість законодавчої та нормативної бази, слід зазначити, що третій етап реформи можливо здійснити лише після приведення цієї бази у відповідність до нових умов функціонування галузі.

На основі плану-графіку реформи медичного обслуговування, підготовленого Комітетом з економічних реформ при Президенті України, в таблиці 5 наведено узагальнені по завданнях та розробниках нормативно-правові акти, які мають забезпечити проведення перетворень у галузі. Враховуючи, що проводити зміни нормативно-правового забезпечення слід комплексно, а більшість таких актів проходить визначену досить громіздку процедуру, їх прийняття може відстрочитися на певний час. А це загальмуватиме проведення перетворень. Тому парламент має ухвалити Закон «Щодо реалізації пілотних проектів у галузі охро-

ни здоров'я», який дасть змогу ще до прийняття сувати їх на пілотних територіях і, до речі, відкоригувати відповідних нормативно-правових документах засто- ти кінцеву редакцію.

Таблиця 5

Нормативно-правове забезпечення завдань реформи системи охорони здоров'я

Завдання	Розробник		
	Парламент	Уряд	МОЗ
<b>Оптимізація інфраструктури медичного обслуговування відповідно до потреб населення в медичній допомозі різного рівня та інтенсивності 2010 р.</b>	«Нова редакція Основ законодавства України про охорону здоров'я» Закон «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування»		Затвердження нової номенклатури закладів охорони здоров'я з їх чітким розмежуванням на заклади, які надають медичну допомогу первинного, вторинного та третинного рівнів (внесення змін до наказу МОЗ України від 28.10.2002 р. №385). Затвердження примірних положень про Центр первинної медико-санітарної допомоги, лікарню інтенсивної допомоги, лікарню для проведення планового лікування, лікарню для відновлювального лікування, хоспіс, лікарню для медико-соціальної допомоги, університетську клініку. Затвердження примірних табелів оснащення закладів охорони здоров'я різних типів. Затвердження порядку направлення хворих лікарем загальної практики/сімейним (дільничним) лікарем з рівня первинної медико-санітарної допомоги на другий та третій рівні медичного обслуговування. Затвердження порядку вільного вибору пацієнтами лікаря первинної ланки
<b>Запровадження закупівлі медичних послуг</b>	Внесення змін до Бюджетного кодексу щодо переходу від кошторисного фінансування до державного замовлення	Постанова «Деякі питання закупівлі медичних послуг». Затвердження порядку фінансування закладів охорони здоров'я: первинного рівня – за подушним методом, вторинного та третинного – по глобальному бюджету. Затвердження порядку оплати праці працівникам галузі охорони здоров'я на основі єдиної тарифної сітки з урахуванням обсягу та якості наданих послуг	Внесення змін до положень про територіальні (місцеві) органи охорони здоров'я щодо визначення замовників медичних послуг. Затвердження примірних договорів про закупівлю послуг первинної, вторинної, третинної допомоги. Затвердження порядку ухвалення примірних договорів про закупівлю медичних послуг. Прийняття нормативно-правових актів, які відміняють жорстку прив'язку штатних нормативів до характеристик потужності медичних закладів (наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» тощо)
<b>Поліпшення ефективності фінансування сектору охорони здоров'я</b>	<b>Об'єднання фінансових ресурсів:</b> для первинної медико-санітарної допомоги на районному й міському рівнях, для вторинної й третинної – на обласному (для державних спеціалізованих центрів і клінік НДІ – на державному) (внесення змін до Бюджетного кодексу щодо скорочення чотирирівневої системи фінансування до двох, трьох рівнів)	<b>Підвищення частки ПМСД у загальному обсязі фінансування медичних послуг</b> шляхом внесення змін до формули розподілу бюджетних коштів за рівнями медичного обслуговування (первинний, вторинний, третинний) з поступовим збільшенням частки витрат на первинну медичну допомогу	



Таблиця 5 (продовження)

Завдання	Розробник		
	Парламент	Уряд	МОЗ
Забезпечення гарантій та моніторинг якості медичної допомоги		Затвердження змін до ліцензійних умов упровадження господарської діяльності з медичної практики. Створення Державної агенції з ліцензування медичної практики та акредитації медичних закладів	Затвердження змін до критеріїв акредитації закладів охорони здоров'я. Затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Затвердження порядку моніторингу безпеки, якості та доступності медичної допомоги
Формування системи єдиних національних економічно обґрунтованих цін (тарифів) на медичні послуги 2010–2011 рр.		Затвердження методики розрахунку вартості медичних послуг. Затвердження розрахунку вартості стаціонарної допомоги по діагностично-спорідним (клініко-статистичних) групах хворих. Затвердження і порядок застосування системи референтних цін, а лікарські засоби, зареєстровані в Україні, за винятком цін на патентовані препарати	Рекомендації щодо визначення обсягів державних закупівель з урахуванням єдиних національних економічно обґрунтованих цін (тарифів) на медичні послуги. Рекомендації щодо нормування планової/неекстреної медичної допомоги

## Список літератури

1. Бондаренко О. Л. Методика выбора ERP-системы в качестве основы интегрированной системы управления предприятием / О. Л. Бондаренко // Финансовая газета. – 2005. – № 14. – С. 14–15.
2. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України № 208 від 17.02.2010 р. [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрана.
3. *Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава: Програма економічних реформ на 2010–2014 роки* [Електронний ресурс] / Комітет з економічних реформ при Президентові України 2010. – 87 с. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва з екрана.
4. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
5. Шиган Е. Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях / Е. Н. Шиган. – М.: Медицина, 1986. – 208 с.

### Пилотный проект «Реформа медицинского обслуживания»: цели и шаги реализации

*В.Н. Лехан, В.Г. Гинзбург, Г.А. Слабкий, Н.К. Хобзей,  
Л.В. Крячкова, М.В. Шевченко (Киев, Днепропетровск)*

Установлена значимость различных рисков для осуществления реформ в здравоохранении. Обоснован круг мер по нейтрализации этих рисков до развертывания реформы на общенациональном уровне, что учтено при разработке плана реализации пилотного проекта по реформе медицинского обслуживания.

**Ключевые слова:** здравоохранение, реформа, риски, пилотные регионы.

### The pilot project «Reform of health services»: the purposes and steps of realization

*V.M. Lekhan, V.G. Ginzburg, G.O. Slabkyi, N.K. Khobzei,  
L.V. Kryachkova, M.V. Shevchenko (Kyiv, Dnipropetrovsk)*

The importance of various risks for realization of reforms in health care has been established. The circle of measures on neutralization of these risks before expansion of reform at the national level that is taken into account by development of the realization plan of the pilot project on reform of health services has been proved.

**Key words:** health care, reform, risks, pilot regions.

*Рецензент:* д-р мед. наук, проф. О.З. Децик.