

УДК 614.2:001:73(477)

Г.О. Слабкий<sup>2</sup>, В.М. Лехан<sup>3</sup>, К.О. Надутий<sup>1</sup>, Ю.Б. Яценко<sup>2</sup>,  
М.В. Шевченко<sup>2</sup>, Н.Ю. Кондратюк<sup>2</sup>, М.А. Знаменська<sup>2</sup>

## ДЕЯКІ УРОКИ РЕФОРМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

<sup>1</sup>Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

<sup>3</sup>Дніпропетровська державна медична академія, м. Дніпропетровськ, Україна

***Мета** – проаналізувати основні результати проведення реформи охорони здоров'я в пілотних та Полтавській і Одеській областях України, виявити проблеми та запропонувати шляхи їх усунення.*

***Матеріали та методи.** Законодавча база проведення реформи, дані статистичних звітів та моніторингу проведення реформи. Використано методи контент-аналізу, статистичний, структурно-логічного аналізу. Основу дослідження становив системний підхід.*

***Результати.** Встановлено загальні проблеми реалізації ходу реформування сфери охорони здоров'я в регіонах: недосконалість чинної нормативно-правової бази щодо фінансування охорони здоров'я внаслідок невизначеності гарантованого рівня медичної допомоги; недостатній рівень фінансування галузі та фінансової підтримки реформи; ЗОЗ працюють в умовах неукомплектованості штатних посад фізичними особами як лікарів, так і молодших спеціалістів із медичною освітою; недостатнього устаткування сучасним обладнанням, автомобільним транспортом тощо; недостатній рівень використання інформаційних технологій; недостатній рівень готовності управлінців всіх рівнів управління до роботи в нових умовах; вкрай недостатнє інформаційно-комунікаційне забезпечення реформи на центральному і місцевому рівнях. Запропоновані шляхи усунення існуючих проблем.*

***Висновки.** Наведені позитивні результати реформи з структурної перебудови галузі та впровадження сучасних механізмів фінансування мають позитивний вплив на процес надання медичної допомоги.*

***Ключові слова:** охорона здоров'я, реформа, позитив, проблеми, шляхи подолання.*

### Вступ

Реформування сфери охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві, започатковане у 2011 р., проводиться відповідно до Законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», наказів МОЗ України, спрямованих на реалізацію цих законів [1–12].

Незважаючи на те, що Одеська та Полтавська області не є пілотними з впровадження проекту реформування сфери охорони здоров'я України, більшість заходів із реформування сфери охорони здоров'я в цих регіонах також започатковані у 2011–2013 рр. відповідно до усіх чинних законодавчих норм та з урахуванням результатів впровадження реформи в пілотних регіонах [13, 14].

Основні напрями реформування сфери охорони здоров'я в регіонах спрямовані на формування нової системи фінансово та організаційно розмежованої трирівневої медичної допомоги населенню, запроваджені відповідно до рішень і розпоряджень обласних (у м. Києві – міської) державних адміністрацій, наказів департаментів (управлінь) охорони здоров'я із залученням регіональних громадських організацій та медичної спільноти.

**Мета роботи** – проаналізувати основні результати проведення реформи охорони здоров'я в пілотних та Полтавській і Одеській областях України, виявити проблеми та запропонувати шляхи їх усунення.

### Матеріали та методи

У роботі використано законодавчу базу проведення реформи, дані статистичних звітів та моніторингу проведення реформи; а також методи контент-аналізу, статичний, структурно-логічного аналізу. Основу дослідження становив системний підхід.

Таблиця 1

Мережа закладів первинної медико-санітарної допомоги (2013 р.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість закладів							ФАПи, які обслуговують понад 1000 осіб, абс.
	ЦПМСД				амбулаторії, абс.			
	абс.			% від плану	усього	сільська місцевість	міста	
	усього	сільська місцевість	міста					
Вінницька обл.	33	6	27	100	302	68	234	62
Дніпропетровська обл.	53	30	23	100	376	141	235	15
Донецька обл.	72	55	17	100	357	205	152	24
Одеська обл.	33	9	24	93,7	246	69	177	82
Полтавська обл.	34	9	25	100	315	81	234	12
м. Київ	28	—	28	100	257	—	257	—
<b>Україна</b>					<b>6754</b>	<b>3860</b>	<b>2597</b>	<b>981</b>

### Результати дослідження та їх обговорення

Станом на початок 2014 р. в пілотних регіонах повністю сформовано мережу закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), які надають первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД). Формування мережі центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) в Одеській області виконано на 97,30% від потреби, Полтавській – на 100% від запланованого. Усі відкриті

ЦПМСД мають статус юридичних осіб, реєстраційні посвідчення та ліцензії МОЗ України на медичну практику (табл. 1).

Разом із формуванням і розвитком мережі закладів, які надають ПМСД, введено більшість штатних посад лікарів загальної практики / сімейних лікарів (ЛЗП/СЛ) та їх укомплектування за рахунок навчання в інтернатурі та перепідготовки лікарів інших лікарських спеціальностей (табл. 2., рис. 1).

Забезпеченість амбулаторіями в м. Києві становить 0,90 на 10 тис. населення, у Донецькій області: для міського населення – 0,85 на 10 тис. населення, для сільського населення – 2,82 на 10 тис. населення, у Вінницькій області – відповідно 0,79 та 2,85 на 10 тис. населення, у Полтавській області – відповідно 1,00 та 4,00 на 10 тис. населення (при нормативі, затвердженому МОЗ України, для міст – 1 амбулаторія на 10 тис. населення, для сільської місцевості – 3,30 на 10 тис. населення). Досягнення нормативу відбуватиметься поступово до 2020 року.

Відкриття нових амбулаторій потребує додаткових витрат, пов'язаних із будівництвом приміщень та їх оснащенням.

Відмічаються проблеми з укомплектуванням штатних посад ЛЗП/СЛ. Проблеми полягають передусім із вирішенням соціальних і побутових проблем, особливо в сільській місцевості. Основною проблемою залишається відсутність житла для медичних працівників. Дану проблему повинні вирішувати місцеві органи влади.

Стан матеріально-технічного оснащення закладів ПМСД має тенденцію до поліпшення виключно в пілотних регіонах (за рахунок централізованих закупок обладнання та автотранспорту), (табл. 3).

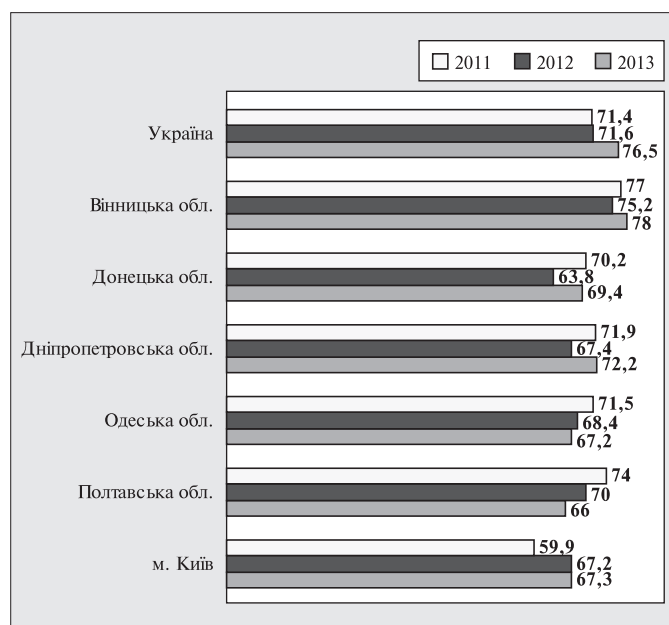


Рис. 1. Укомплектованість штатних посад лікарів загальної практики / сімейних лікарів фізичними особами лікарями загальної практики / сімейними лікарями у 2011–2013 рр. (усього, %)

Таблиця 2  
Динаміка кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги  
(2011–2013 рр.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість штатних посад ЛЗП/СА			Кількість фізичних осіб ЛЗП/СА		
	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.
Вінницька обл. (усього)	755,50	855,25	961,25	582	643	750
міста	397,00	372,00	441,25	327	328	398
сільська місцевість	358,50	483,25	520,00	255	315	352
Дніпропетровська обл. (усього)	2200,75	1061,25	1478,75	1582	715	1068
міста	1543,75	509,75	912,5	1161	368	697
сільська місцевість	657,00	551,50	566,25	421	347	371
Донецька обл. (усього)	544,25	937,75	1250,00	451	598	867
міста	387,50	650,00	865,75	285	414	635
сільська місцевість	156,50	287,75	384,25	166	184	232
Одеська обл. (усього)	718,50	914,50	1137,75	514	626	764
міста	190,25	319,75	417,25	162	236	316
сільська місцевість	528,25	594,75	720,50	352	390	448
Полтавська обл. (усього)	674,00	733,00	850,50	498	514	565
міста	367,50	376,00	475,75	305	301	355
сільська місцевість	306,75	357,00	374,75	193	213	210
м. Київ (усього)	335,75	525,50	747,25	201	353	503
<b>Україна</b>	<b>11686,5</b>	<b>13839,25</b>	<b>15885,00</b>	<b>8936</b>	<b>9917</b>	<b>11349</b>
<b>міста</b>	<b>4928,25</b>	<b>6822,50</b>	<b>9160,25</b>	<b>3985</b>	<b>5270</b>	<b>6969</b>
<b>сільська місцевість</b>	<b>6758,25</b>	<b>7016,75</b>	<b>6724,75</b>	<b>4951</b>	<b>4647</b>	<b>4380</b>

Дані таблиці 3 вказують на значно вищий рівень матеріально-технічного забезпечення закладів ПМСД у пілотних регіонах, ніж у цілому по Україні, що є позитивним показником. Рівень матеріального-технічного забезпечення відповідно до галузевого стандарту дає можливість надавати більш якісну медичну допомогу.

У рамках реалізації Закону України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. № 5081-VI в регіонах розроблено перспективні плани функціонування та розвитку екстреної медичної допомоги (ЕМД), затверджені обласними (у м. Києві – міською) державними адміністраціями та погоджені МОЗ України.

Створено центри екстреної (швидкої) медичної допомоги та медицини катастроф, до складу яких увійшли відокремлені структурні підрозділи – станції ЕМД, підстанції, пункти постійного та тимчасового базування. Отримано ліцензії на медичну практику та роботу з наркотичними засобами. Створення єдиної системи дало змогу об'єднати розрізнені підрозділи

ЕМД в єдину структуру, водночас, наявність станцій ЕМД як юридичних осіб робить її більш гнучкою в управлінні і дає змогу краще використовувати наявний потенціал з ініціативою на місцях та значно наблизити якісну ЕМД до найбільш віддалених адміністративних одиниць.

Для поліпшення надання ЕМД у регіонах у 2013 р. розпочато створення пунктів постійного та тимчасового базування (табл. 4).

Згідно із Законом України «Про екстрену медичну допомогу», визначено нормативну кількість – 1 бригада ЕМД на 10 тис. населення. Цей показник є наближеним до нормативного у Дніпропетровській та Донецькій областях, значно нижчим за норматив - у Полтавській області та м. Києві, незважаючи на те, що реалізація положень вищезазначеного закону розпочалась одночасно в усіх регіонах України (табл. 5).

Нормативи своєчасності надання ЕМД визначено відповідними положеннями Закону України «Про екс-

Таблиця 3

Рівень матеріально-технічного забезпечення закладів первинної медико-санітарної допомоги у 2011–2013 рр. (%)

Адміністративно-територіальна одиниця	Оснащені амбулаторії					
	відповідно до таблиця матеріально-технічного оснащення			транспортними засобами		
	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.
Вінницька обл. (усього)	–	–	–	–	–	–
міста	–	–	–	25,00	75,70	56,50
сільська місцевість	–	–	–	65,00	60,00	60,70
Дніпропетровська обл. (усього)	26,70	33,50	40,10	58,40	91,10	99,20
міста	27,80	38,40	44,50	30,60	98,70	100,00
сільська місцевість	25,90	28,50	37,00	75,80	86,10	98,70
Донецька обл. (усього)	–	–	–	–	–	–
міста	34,30	48,70	84,00	68,70	78,10	80,20
сільська місцевість	55,50	68,20	82,00	79,30	81,80	84,00
Одеська обл. (усього)	–	–	–	–	–	–
міста	0	0	0	41,00	40,00	44,00
сільська місцевість	0	0	0	85,00	82,00	80,00
Полтавська обл. (усього)	58,60	51,80	54,00	67,00	58,00	66,00
міста	66,40	65,50	67,30	64,10	56,70	60,40
сільська місцевість	50,80	38,10	40,70	69,90	59,30	71,60
м. Київ (усього)	0	0	0	н/д*	н/д*	100,00
<b>Україна</b>	<b>н/д*</b>	<b>8,87</b>	<b>14,00</b>	<b>н/д*</b>	<b>44,20</b>	<b>44,70</b>

Таблиця 4

Формування мережі пунктів постійного та тимчасового базування (станом на 01.01.2014 р.)

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість існуючих пунктів постійного базування / % від запланованих	Кількість існуючих пунктів тимчасового базування / % від запланованих
Вінницька обл.	19 / 100,00	23 / 100,00
Дніпропетровська обл.	63 / 100,00	36 / 100,00
Донецька обл.	66 / 89,20	6 / 100,00
Одеська обл.	40 / 5,50	1 / 100,00
Полтавська обл.	13	10
м. Київ		25 / 100,00

Таблиця 5

**Забезпеченість населення екстреною медичною допомогою  
(станом на 01.01.2014 р.)**

Адміністративно-територіальна одиниця	Кількість бригад на 10 тис. нас.	Питома вага фельдшерських бригад ЕМД (%)	Питома вага лікарських бригад ЕМД (%)	Питома вага спеціалізованих бригад ЕМД
Вінницька обл.	0,75	59,2	33,3	7,5
Донецька обл.	0,83	46,3	42,1	11,6
Дніпропетровська обл.	0,85	64,2	32,3	3,6
Одеська обл.	0,77	50,0	41,2	8,8
Полтавська обл.	0,68	63,3	23,7	13,0
м. Київ	0,43	8,5	91,5	10,5

трени медичну допомогу»: 10 хв. у містах і 20 хв. у сільських районах. Протягом 2011–2013 рр. ці показники поступово зросли в усіх регіонах (як у містах, так і в сільській місцевості), (табл. 6).

Таблиця 6

**Своєчасність надання екстреної медичної допомоги у 2011–2013 рр.**

Адміністративно-територіальна одиниця	Загальна кількість викликів ЕМД			Відсоток викликів ЕМД з доїздом у визначений нормативом час		
	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.
Вінницька обл. (усього)	435631	420176	367436	–	–	–
міста	330353	326055	279512	83,90	86,40	88,70
сільська місцевість	105278	94221	87924	72,80	79,60	83,60
Дніпропетровська обл. (усього)	958527	880710	862494	–	–	–
міста	862920	753785	721441	92,10	92,70	91,30
сільська місцевість	95607	126925	141053	91,40	92,60	90,20
Донецька обл. (усього)	1104985	1041209	1023128	84,90	85,20	86,10
міста	1019671	937890	923158	86,10	85,00	86,10
сільська місцевість	85314	103319	99970	80,10	86,70	84,80
Одеська обл. (усього)	582666	582057	568092	–	–	–
міста	473963	469521	445856	89,00	90,20	91,80
сільська місцевість	108703	112536	122236	76,00	79,50	н/д
Полтавська обл. (усього)	447465	441256	334920	–	–	–
міста	370108	361680	261043	82,70	82,00	98,50
сільська місцевість	77357	79576	73877	90,20	89,60	97,90
м. Київ (усього)	418662	444285	485048	50,90	54,30	85,90

Таблиця 7

Динаміка забезпеченості населення лікарняними ліжками у 2011–2013 рр. (на 10 тис. населення)

Адміністративно-територіальна одиниця	Рік			Динаміка скорочення (%)
	2011	2012	2013	
Вінницька обл.	79,80	75,37	64,10	19,67
Дніпропетровська обл.	79,00	77,73	68,80	12,91
Донецька обл.	85,00	83,97	74,90	11,88
Одеська обл.	79,30	76,85	68,70	13,37
Полтавська обл.	82,20	81,52	70,70	13,99
м. Київ	76,60	74,15	71,20	7,05
<b>Україна</b>	<b>83,0</b>	<b>81,47</b>	<b>72,03</b>	<b>13,2</b>

Структурна перебудова мережі ЗОЗ для надання вторинної медичної допомоги (ВМД) у регіонах проведена за етапами.

Розроблено проекти модернізації стаціонарних закладів області, які планується включити до складу майбутніх госпітальних округів (ГО), на підставі даних аналізу матеріально-технічного стану, кадрового забезпечення ЗОЗ регіону;

Проведено аудит стану надання ВМД згідно з наказом МОЗ України від 17.08.2012 р. № 637 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо порядку проведення аудиту стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги».

Здійснено інвентаризацію обладнання в ЗОЗ, які надають ВМД, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України (КМУ) від 14.09.2013 р. № 711 «Про затвердження Порядку проведення інвентаризації обладнання в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу» та наказу МОЗ України від 28.10.2013 р. № 918.

На підставі результатів самоаналізу кожним ЗОЗ вторинного рівня підготовлено перспективні плани розвитку.

Розроблено та затверджено обласними (у м. Києві – міською) державними адміністраціями плани-схеми ГО і плани перспективного розвитку ЗОЗ (багатофункціональних лікарень інтенсивного лікування (ЛІЛ) з урахуванням положень постанови КМУ від 24.10.2012 р. № 1113, якою затверджено порядок створення ГО.

На підставі базових критеріїв (кількість і щільність населення, що обслуговується ГО, радіус території обслуговування), з огляду на стан матеріально-технічної бази ЗОЗ у кожній окремо взятій адміністративно-територіальній одиниці регіону та стан доріг, транспортні сполучення між ЗОЗ, встановлено, що створення ГО обумовлює певну етапність, яка залежить від усунення несприятливих чинників і вирішення проблем щодо відповідності матеріально-технічної бази ЗОЗ вторинного рівня (будівель та їх матеріального оснащення) існуючим стандартам. До впровадження кожного з етапів створення ГО, усі ЗОЗ мають залишатися в статусі центральних районних лікарень (ЦРЛ).

Подальша структурна реформа ВМД дасть змогу зменшити вплив надмірної децентралізації та фрагментації фінансових потоків на фінансування закладів, які їй надають. Адже, крім закладів, що знаходяться в системі МОЗ України, існує низка паралельних медичних служб інших міністерств і відомств, що, своєю чергою, певною мірою може приводити до розпорощення фінансових ресурсів і дублювання в наданні ВМД.

Усі зміни в структурі ліжкового фонду здійснюються з урахуванням потреб населення в медичній допомозі і не перешкоджають наданню допомоги та роботі лікарняних ліжок (табл. 7).

У рамках Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» в регіонах оптимізовано перинатальну службу. Проведення централізації акушерської допомоги в регіонах дало змогу сконцентрувати пологи в найпотужніших пологових центрах, де зосереджений належний кадровий та матеріально-технічний потенціал. Результатом регіоналізації перинатальної допомоги стало впровадження алгоритмів дій на всіх рівнях надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим відповідно до ризиків, наявності екстрагенітальної та акушерської патології.

За три роки найбільше зниження показників малюкової смертності відмічено у Вінницькій області (на 24,10%), Дніпропетровській області (на 20,00%) та Полтавській області (на 9,80%). В інших областях даний показник відносно сталий, а в м. Києві виявлено

Таблиця 8

## Фінансове забезпечення первинної ланки надання медичної допомоги

Адміністративно-територіальна одиниця	Видатки на надання ПМСД у розрахунку на одного жителя (грн)	Відсоток витрат на ПМСД від зведеного бюджету (загальний бюджет та спеціальний фонд)	Відсоток витрат на ПМСД загального фонду зведеного бюджету	Відсоток витрат на ПМСД спеціального фонду зведеного бюджету
Вінницька обл.	218,63	22,40	21,70	29,30
Дніпропетровська обл.	237,80	18,53	19,16	6,10
Донецька обл.	200,00	18,60	16,60	2,00
Одеська обл.	147,90	25,00	25,00	–
Полтавська обл.	136,20	12,40	13,20	2,40
м. Київ	184,89	13,60	14,30	5,00
<b>Україна*</b>	<b>105,6**</b>	<b>8,8</b>	<b>9,2</b>	<b>4,4</b>

\*Примітка. Показники в цілому по Україні розраховані тільки за функціями 0725 «Фельдшерсько-акушерські пункти», 0726 «Центри первинної медичної (медико-санітарної допомоги)» (сумарно) без урахування обсягів видатків для надання ПМСД у ЗОЗ, які надавали як первинну, так і амбулаторну вторинну медичну допомогу в неплітних регіонах, оскільки не у всіх областях відбулося розмежування за видами надання медичної допомоги.

\*\* – Розрахунок здійснено на кількість прикріпленого населення до закладів ПМСД.

незначне збільшення (на 1,80%), проте смертність немовлят на 1000 народжених живими без іногородніх у м. Києві порівняно з 2011 р. зросла на 4,80%.

В умовах реформування галузі охорони здоров'я фінансування ЗОЗ пілотних регіонів здійснюється за кодами економічної класифікації та частково програмно-цільовим методом, який передбачає складання і виконання бюджету в розрізі бюджетних програм. У неплітних регіонах фінансування проводиться відповідно до норм Бюджетного кодексу України.

У ході реформування галузі охорони здоров'я та поступового запровадження нових фінансових механізмів фінансування значно зростає частка видатків зведеного бюджету, що виділяється на фінансування ПМСД і видатки на надання ПМСД у розрахунку на одного жителя. У 2010 р. для надання ПМСД, у середньому, видатки зі зведеного бюджету становили 8,00–10,00%, станом на 2013 р. цей показник коливався у межах 25,00–12,40% (табл. 8).

За даними моніторингу, у 2013 р. квартири було виділено у всіх пілотних регіонах, за винятком Вінницької області, де у містах квартири не виділялися (табл. 9).

Хід реформування сфери охорони здоров'я відбувається на тлі активної участі громадських організацій, лікарських асоціацій, комунікативного та наукового супроводу.

При департаментах охорони здоров'я функціонують громадські ради, до складу яких входять представники громадських, релігійних, благодійних організа-

цій, творчих спілок, асоціацій, органів самоорганізації населення та інших недержавних організацій і установ. Громадські об'єднання відіграють особливу роль у формуванні політики в питаннях реформи охорони здоров'я на рівні сіл і міських мікрорайонів, тобто там, де громадяни безпосередньо отримують ПМСД. Із метою обговорення ходу реформування охорони здоров'я, обґрунтування можливості та доцільності відповідних змін на регіональному і територіальному рівнях проводяться громадські слухання, наради, «круглі столи», прес-конференції, консультації з громадськістю, організуються виступи на телебаченні та в місцевій періодиці. В Одеській та Полтавській областях активно пропагується набутий досвід реформування сфери охорони здоров'я в пілотних регіонах. Аналізується досвід реформування системи в пілотних областях, обговорюються дії та компетенція органів місцевого самоврядування в цій сфері.

Розглядаються можливості та приклади співпраці громадськості, органів місцевого самоврядування, керівних органів охорони здоров'я регіону в реформах охорони здоров'я. Кожна зміна при оптимізації діяльності ЗОЗ, коригування тих чи інших планів, пов'язаних з реформуванням, неодмінно обговорюється та погоджується з місцевою громадою.

Основна увага комунікативного супроводу реформ приділяється роз'ясненню населенню мети реформ і перетворень, акцентуванню важливості розуміння людьми державних кроків із реформування сфери охорони здоров'я.

Таблиця 9

Забезпечення медичних працівників первинної медико-санітарної допомоги житлом

Показник	Дніпропетровська обл.		Донецька обл.		Вінницька обл.		м. Київ	Україна
	сільські райони	міста	сільські райони	міста	сільські райони	міста		
Кількість лікарів ПМСД, не забезпечених житлом, усього	22	22	5	6	37	4	141	1116
Кількість не забезпечених житлом молодших медичних працівників із медичною освітою у закладах ПМСД, усього	27	20	2	17	75	11	94	1671
Кількість виділених квартир для вказаної категорії, од.	4	10	4	5	4	0	5	н/д*

Науковий супровід реформ охорони здоров'я в регіонах проводять профільні кафедри вищих медичних навчальних закладів, які займаються до- та післядипломним навчанням із питань організації та управління охороною здоров'я, підготовкою ЛЗП/СЛ. Провідні науковці кафедр є членами робочих груп з реформування охорони здоров'я в регіонах, залучаються до розробки та обговорення регіональних нормативно-правових і стратегічних документів.

Голови та представники регіональних лікарських асоціацій, насамперед асоціацій організаторів охорони здоров'я, сімейних лікарів є членами координаційних рад – дорадчих органів, діяльність яких спрямована на обговорення нагальних питань розвитку охорони здоров'я в регіоні та прийняття виважених висновків щодо вирішення проблемних питань, які гальмують її розвиток.

Окремі показники якості та ефективності надання медичної допомоги.

Найвищий рівень показника питомої ваги хворих із занедбаними формами злякисних новоутворень серед кількості всього хворих із візуальними формами злякисного новоутворення, взятих на облік з уперше встановленим діагнозом, виявлено в Донецькій області (19,2%), а найнижчий – у Вінницькій (5,6%).

Найвищі рівні показника питомої ваги хворих на занедбані форми (фіброзно-кавернозний) туберкульозу серед усіх форм туберкульозу легень зафіксовано в Донецькій (2,5%) та Вінницькій (1,8%) областях.

Показник проведених оперативних втручань у стаціонарах на 10 тис. населення практично був однаковим у всіх пілотах (на рівні 593,4 – 597,7 на 10 тис. населення).

Відносно кількості проведених оперативних втручань у стаціонарах, при наданні термінової хірургічної допомоги на 10 тис. населення, то величина цього

показника була найвищою у м. Києві (38,2%) та Дніпропетровській області (31,67%).

Найвищі рівні показника питомої ваги хворих на занедбані форми (фіброзно-кавернозний) туберкульозу серед усіх форм туберкульозу легень встановлено в Донецькій (2,5%) та Вінницькій (1,8%) областях, що опосередковано може свідчити про стан реалізації протитуберкульозних заходів, у т.ч. на рівні ПМСД.

Цей показник слід розглядати в комплексно разом з іншими показниками захворюваності та поширеності на туберкульоз.

Зокрема, у 2013 р. (порівняно з 2012 р.) зафіксовано стабілізацію та зменшення рівня захворюваності на туберкульоз у Дніпропетровській та Донецькій областях (хоча його рівень був вищим за середньоукраїнський показник, що, як і в минулі роки, пов'язано з уже існуючим «тягарем» цієї хвороби та наявністю потужних протитуберкульозних закладів пенітенціарної системи на території цих областей). У м. Києві спостерігалось збільшення захворюваності на 27,4%, Вінницькій області – на 1,1%), що обумовлено упорядкуванням статистичної звітності в означених регіонах, при цьому зазначені показники, як і в попередні роки, нижчі за середній по Україні.

Показник поширеності усіх форм активного туберкульозу у 2013 р. порівняно з 2011 р. знизився у всіх пілотних регіонах відповідно: у Вінницькій області – на 31,7% (з 121,8 на 100 тис. населення у 2011 р. до 83,2 – у 2013 р.); у Дніпропетровській – на 35,8% (з 208,5 на 100 тис. населення у 2011 р. до 133,8 – у 2013 р.); у Донецькій – на 21,9% (з 137,5 на 100 тис. населення у 2011 р. до 107,4 – у 2013 р.); у м. Києві – на 19,8% (з 75,6 на 100 тис. населення у 2011 р. до 60,6 – у 2013 р.).

Однак показники поширеності у Дніпропетровській (133,8) та Донецькій (107,4) областях продовжували



перевищувати середній показник по Україні (104,9 на 100 тис. населення). Низькі показники поширеності на всі форми активного ТБ за 2013 рік, як і до моменту проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я, спостерігались у м. Києві – 60,6 на 100 тис. населення, Вінницькій – 83,2 областях.

Згідно з Уніфікованим клінічним протоколом ПМСД, ВМД і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (ГМД) (затверджено наказом МОЗ України від 21.12.2012 № 1091), одним з елементів діагностики та диференційної діагностики закладами ПМСД є флюорографічне обстеження, крім того, цей показник є індикатором, який враховуються при запровадженні надбавок за якість працівникам, що надавали ПМСД у пілотних регіонах. Порівняно з 2012 р. у всіх пілотних регіонах зросла величина показника «% населення віком 15 років і старші у загальній кількості населення, що були охоплені профілактичними флюорографічними оглядами» відповідно у Вінницькій – з 47,3% у 2012 р. до 53,1% у 2013 р.; Дніпропетровській – з 60,1% у 2012 р. до 65,8% у 2013 р.; Донецькій – з 45,7% у 2012 р. до 51,4% у 2013 р.; м. Києві – з 51,9% у 2011 р. до 54,9% у 2013 р. (Україна – 51,4% (2012), 56,3% (2013)).

Одним із показників, які відображають ефективність організації виявлення хворих на туберкульоз, є виявлення випадків туберкульозу з позитивним результатом мікроскопії мазка мокротиння у закладах ПМСД. Пілотні регіони продемонстрували кращу організацію роботи з цього питання у 2013 р.: Донецька (4,6 %), Дніпропетровська (3,7 %), Вінницька (2,1%), м. Київ (3,2%) порівняно з іншими областями і загальноукраїнським показником (1,8%). Цей показник перевищував значення, визначене в індикаторах Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 рр. (2013 р. – 3,0%), за винятком Вінницької області.

Рівень виявлення хворих на ранніх стадіях злоякісних новоутворень до у 2013 р. у пілотних областях коливався від 60,9% у Вінницькій до 50,3% у Донецькій області, Дніпропетровській – 51,5%, м. Київ – 56,4% (Україна – 53,2%). Питома вага хворих, виявлених в IV стадії захворювання серед хворих з уперше встановленим діагнозом, зафіксована на рівні 13,4 у Вінницькій (2012 р. – 15,4%), Дніпропетровській – 12,6% (2012 р. – 11,1%), Донецькій – 12,9% (2012 р. – 12,7%) областях, у м. Києві – 8,2% (2012 р. – 8,4%) (Україна: 2013 р. – 14,4%, 2012 р. – 14,5%).

Використовувати статистичні дані щодо захворюваності, смертності, інвалідності та інших об'єктивних статистичних індикаторів діяльності галузі охорони здоров'я на цьому етапі реформи некоректно, з наукової точки зору, бо доведено, що зміни в цих показниках настають мінімум через 5 років. На цьому етапі коректними є показники структури і процесу, які демонструють позитивну динаміку.

## Висновки

1. Сформована мережа закладів, які надають ПМСД, шляхом процесів розмежування первинного і вторинного рівнів надання медичної допомоги та створення ЦПМСД зі статусом юридичних осіб. У 2013 р. функціонувало 186 ЦПМСД, порівняно з 2011 р. їх чисельність зросла на 27 од. (з 159 у 2011 р. до 186 у 2013 р.).

У 2013 р. в м. Києві створено 19 ЦПМСД у непілотних районах міста (крім Дарницького і Дніпровського районів, в яких у 2012 р. створено 9 таких закладів). Також змінилася чисельність ЦПМСД у Вінницькій області (у містах їх кількість зменшилася на 2 од.). Намітилася позитивна тенденція до формування мережі амбулаторій для забезпечення фізичної доступності населення до ПМСД.

2. У Дніпропетровській та Донецькій областях більшість ЦПМСД створено в містах, у Вінницькій – у сільських районах. Це пов'язано з адміністративно-територіальним устроєм цих областей та географічними особливостями розселення населення.

Особливістю створення та функціонування ЦПМСД у м. Києві є їх господарський статус – у формі комунальних неприбуткових підприємств, які у своїй діяльності керуються вже нормами та положеннями Господарського кодексу України. В інших пілотних регіонах ЦПМСД створені та функціонують як бюджетні установи, тобто відпрацьовано різні підходи щодо створення та функціонування таких закладів.

3. Спостерігаються певні позитивні зрушення щодо поліпшення рівня кадрового забезпечення:

- у Дніпропетровській області чисельність ЛЗП/СЛ зросла з 404 у 2011 р. до 1068 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 1,22 у 2011 р. до 3,20 у 2013 р.;
- у Донецькій області чисельність ЛЗП/СЛ зросла з 452 у 2011 р. до 867 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 1,03 у 2011 р. до 2,03 у 2013 р.;
- у Вінницькій області чисельність ЛЗП/СЛ зросла з 607 у 2011 р. до 750 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 3,73 у 2011 р. до 4,63 у 2013 р.;
- у м. Києві чисельність ЛЗП/СЛ зросла з 241 у 2011 р. до 503 у 2013 р., відповідно на 10 тис. населення з 0,87 у 2011 р. до 1,8 у 2013 р.

4. Безпосередньо сімейними лікарями надавала-ся ПМСД 86,80% населення Вінницької області, 59,40% Дніпропетровської, 43,20% Донецької; 38,60% м. Києва.

5. Відмічалось значне поліпшення рівнів оснащення ЦПМСД транспортними засобами, комп'ютерами відповідно до табеля матеріально-технічного оснащення як у містах, так і в сільських районах.

6. Перехід до обслуговування пацієнтів з 01.01.2013 р. лікарями первинної ланки, обраними самими пацієнтами, сприяв формуванню, з одного боку, партнерсь-

ких відносин між лікарем і пацієнтом, з іншого — конкуренції між лікарями в боротьбі за пацієнта. Поряд із цим відновлено систему формування раціональних маршрутів пацієнтів шляхом використання системи направлень пацієнтів лікарем первинної ланки при необхідності отримання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

7. Забезпечено реалізацію нового механізму виплати медичним працівникам первинної ланки надбавок за обсяг і якість виконаної роботи за кошти відповідної субвенції з Державного бюджету.

Середній розмір заробітної плати у 2013 р. лікарів з урахуванням надбавок за обсяг та якість коливався від 4456 грн у Дніпропетровській до 5363 грн у м. Києві, молодших медичних працівників із медичною освітою — відповідно 3439 і 4876 грн. За підсумками 2013 р., середня заробітна плата лікаря, який надавав ПМСД населенню в пілотних регіонах, перевищувала до 50% її рівень у цілому по галузі (*середня заробітна плата лікарів у 2013 р. — 3573 грн*).

8. У 2013 р. врегульовано питання оплати праці керівникам ЗОЗ, що надають ПМСД, та їх заступникам у частині встановлення надбавки за якість виконаної роботи, а також медичним працівникам таких закладів, які забезпечують збір та обробку інформації, необхідної для визначення показників якості.

9. Щодо доступності лікарських засобів для сільського населення, у 2013 р. у Дніпропетровській і Вінницькій областях збільшено мережу пунктів реалізації лікарських засобів (Дніпропетровська — 94,8%; Вінницька — 65,3% від їх загальної чисельності), у Донецькій — мережа сільських амбулаторій і ФАПів, які мали пункти реалізації лікарських засобів, скоротилася порівняно з 2012 р. на 10,5% і становила 37,1%.

10. Проведено роботу щодо створення пулів фінансових ресурсів шляхом об'єднання коштів на ТМД, ВМД та ЕМД на рівні обласних бюджетів (*Дніпропетровська область — переважно всі заклади ВМД передано на обласний бюджет, Вінницька область — райони передали свої заклади ВМД на обласний рівень, за винятком м. Вінниці, Донецька область — не відбулось передачі закладів ВМД на обласний рівень, в результаті заклади залишились на тому рівні, на якому вони були традиційно, для м. Києва — це питання не було актуальним, оскільки вся система надання як ПМСД, так і ВМД та ЕМД фінансується з міського бюджету*).

11. Забезпечено виконання заходів щодо своєчасності надання ЕМД. Зокрема у: Дніпропетровській області 90,20% викликів ЕМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хв.; у містах 91,30% викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін; Донецькій — 84,80% викликів ЕМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хв.; у містах 86,10% викликів ЕМД забез-

печено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін; Вінницькій — 83,60% викликів ЕМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хв.; у містах 88,70% викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін; м. Києві — 87,00% екстрених викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін.

12. Центри екстреної (швидкої) медичної допомоги та медицини катастроф функціонували у всіх пілотних регіонах та у м. Києві. Тривало створення оперативно-диспетчерської служби у Дніпропетровській, Донецькій та Вінницькій областях.

13. Парк автомобілів швидкої медичної допомоги у пілотних регіонах на початок 2014 р. налічував 1177 одиниць, при цьому тільки 57% забезпечені радіозв'язком і навігаційними приладами (від 100% у м. Києві до 40,6% у Вінницькій області).

14. Забезпечено виконання заходів щодо своєчасності надання ЕМД. Зокрема у:

- у Дніпропетровській області 90,2% викликів ЕМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хвилин; у містах 91,3% викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін;
- Донецькій — 84,8% викликів ЕМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хвилин; у містах 86,1% викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін;
- Вінницькій — 83,6% викликів ЕМД у сільській місцевості здійснено з доїздом до пацієнта до 20 хвилин; у містах 88,7% викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін;
- м. Києві — 87,0% викликів ЕМД забезпечено з доїздом до пацієнта у 10-хвилинний термін.

Питома вага викликів ЕМД становила у Дніпропетровській області 64,8 на 1000 населення, Донецькій — 232,7 на 1000 населення; Вінницькій — 227 на 1000 населення; м. Києві — 169,7 на 1000 населення.

15. Підвищено видатки на фінансування надання населенню ПМСД (відповідно на рівні 17,5–22,40% від видатків зведеного бюджету (загальний бюджет і спеціальний фонд).

16. Для надання гнучкості у використанні фінансових ресурсів при переході від фінансування за кошторисами до фінансування за скороченою економічною класифікацією видатків бюджету внесено зміни до постанови КМУ прийнято постанову від 08.02.2012 р. № 86 «Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ». Зазначені зміни дали можливість фінансувати заклади охорони здоров'я, які надають ПМСД у пілотних регіонах за двома кодами економічної класифікації видатків: КЕКВ 1172 «Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку» та КЕКВ 2410

«Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)».

Постановою КМУ від 19.06.2013 р. № 465 «Про внесення змін до Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до виконання кошторисів бюджетних установ») передбачено запровадити з 01.01.2014 р. порядок фінансування за двома кодами економічної класифікації видатків у 303 пілотних регіонів, які надають ВМД та ЕМД, а також у закладах, що надають ПМД на всій території України.

17. Для чіткого розмежування видатків бюджетних установ та одержувачів бюджетних коштів за економічними характеристиками операцій, які здійснюються відповідно до функцій держави та місцевого самоврядування, та забезпечення єдиного підходу до всіх учасників бюджетного процесу з точки зору виконання бюджету за пропозиціями МОЗ України, Міністерством фінансів України видано наказ від 12.03.2012 р. № 333 «Про затвердження Інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 27.03.2012 р. за № 456/20769.

18. З метою складання та виконання місцевих бюджетів за програмно-цільовим методом МОЗ України спільно з Мінфіном затверджено наказ від 21.09.2012 р. №728/1015 «Про затвердження Типового переліку бюджетних програм та їх результативних показників у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних регіонів», який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 25.09.2012 р. за № 1650/21962. Порівняльний аналіз виконання бюджетної програми «Первинна медична допомога населенню» у 2012 р. на рівні пілотних регіонів дав змогу співставити ефективність їх виконання та оцінити за бальною шкалою як «високу» (225 балів) у Донецькій, «середню» – Вінницькій та Дніпропетровській областях (відповідно 198,5 та 200 балів).

19. Модель модернізації ПМСД, яка сьогодні запроваджується в Україні, повною мірою відповідає принципам, вимогам і критеріям, виробленим для ефективного функціонування ПМСД у світі і включає низку компонентів: юридичне та структурне розмежування ПМСД та ВМД; формування розгалуженої та відповідно оснащеної інфраструктури ПМСД; запровадження системи надання ПМСД за сімейним принципом та контрольно-пропускної системи (принцип «воротаря») для формування оптимального маршруту пацієнта, вільного вибору пацієнтом лікаря первинної ланки; фінансування закладів ПМСД із міських і районних бюджетів за подушним принципом; оплата праці медичного персоналу первинної ланки, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи.

20. Фінансово-економічні механізми, які відпрацьовуються на рівні пілотних регіонів, зокрема перерозподіл ресурсів між ЗОЗ, які надають ПМСД, ВМД,

ТМД та ЕМД, розмежування видатків між місцевими бюджетами на охорону здоров'я за видами медичної допомоги і формування більш потужних пулів для фінансування медичної допомоги населенню, запровадження стратегічних закупівель медичної допомоги на основі договорів, застосування елементів програмно-цільового методу в бюджетному процесі на рівні місцевих бюджетів у частині видатків на охорону здоров'я за відповідними видами медичної допомоги, відповідають даним найкращого світового досвіду, який базується на фактичних даних із питань здоров'я, що містяться в мережі Health Evidence Network – HEN та Європейській мережі ВООЗ із науково обґрунтованої політики (EVIPNet), інших баз даних фактичних даних міжнародних організацій (ВООЗ, Світового банку, ООН).

#### *1. Загальні проблеми реалізації ходу реформування сфери охорони здоров'я в регіонах:*

- недосконалість чинної нормативно-правової бази щодо фінансування охорони здоров'я внаслідок невизначеності гарантованого рівня медичної допомоги, яка надається безоплатно, та відсутності єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг і розподілу обсягу фінансування між первинним і третинним рівнями медичної допомоги в загальному обсязі фінансування на 1 мешканця;
- недостатній рівень фінансування галузі та фінансової підтримки реформи;
- ЗОЗ працюють в умовах неуккомплектованості штатних посад фізичними особами як лікарів, так і молодших спеціалістів із медичною освітою; недостатнього устаткування сучасним обладнанням, автомобільним транспортом тощо;
- недостатній рівень використання інформаційних технологій через низький рівень поширення локальних мереж у ЗОЗ, неефективного використання сучасних комп'ютерних технологій, низький рівень володіння медичними працівниками (1–20%), практичними навиками роботи з комп'ютерною технікою;
- недостатній рівень готовності управлінців усіх рівнів управління до роботи в нових умовах, передусім для забезпечення скоординованої роботи ЗОЗ, які надають ПМСД і ВМД, організації нових медичних маршрутів пацієнтів з урахуванням їх поведінкових стереотипів;
- вкрай недостатнє інформаційно-комунікаційне забезпечення реформи на центральному і місцевому рівнях.

На засіданні представників пілотних регіонів та експертів з обговорення результатів реформування охорони здоров'я в пілотних регіонах прийнято таке рішення.

*2. Рекомендувати КМУ продовжити реформування системи охорони здоров'я з визначенням пріоритетними напрямками:*

2.1 Створення потужних об'єднань бюджетних коштів – для фінансування закладів, які надають ПМСД, на рівні районних бюджетів і бюджетів міст обласного значення, закладів, які надають ВМД, ТМД та ЕМД – на регіональному рівні (обласний бюджет).

2.2. Відпрацювання диференційованого, передусім з урахуванням характеру місцевості (міська, сільська), механізму розподілу бюджетних коштів, що виділяються на ПМСД і ВМД. Перегляд коефіцієнтів коригування для ПМСД, які включено до Формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним та місцевими бюджетами, особливо для міст обласного значення, та вирішення питання щодо залишення певної частини коштів в обласному бюджеті в якості резерву для вирівнювання потреб у фінансових з урахуванням особливостей існуючої мережі ЗОЗ.

2.3. Забезпечення фінансування ЗОЗ за скороченою класифікацією видатків. Поширення порядку фінансування за скороченою класифікацією видатків (за двома кодами економічної класифікації видатків) у ЗОЗ незалежно від виду медичної допомоги на всій території України.

2.4. Відпрацювання чіткого зв'язку договорів про медичне обслуговування з програмно-цільовим методом планування бюджетів ЗОЗ (результативні показники виконання бюджетних програм). Формування реальних договірних відносин між головними розпорядниками бюджетних коштів і постачальниками медичних послуг у первинній ланці з їх поступовим поширенням на інші рівні медичного обслуговування.

2.5. Розробка ефективних механізмів фінансування, зокрема із застосуванням: для ПМСД – подушного нормативу, коригованого за ризиками та характером розселення (сільська місцевість/місто); для амбулаторної та стаціонарної ВМД і ТМД – глобального бюджету та з подальшим поступовим переходом на фінансування за діагностично-спорідненими групами.

2.6. Затвердження нормативів навантаження на лікарів-спеціалістів, які надають ВМД, що базуються на обсягах наданої допомоги.

2.7. Удосконалення системи оплати праці медичного персоналу за обсяг та якість роботи із запровадженням колективної відповідальності за результати діяльності.

2.8. Запровадження системи референтних цін на лікарські засоби та розширення переліку захворювань і станів, при яких забезпечення лікарськими засобами населення проводиться із застосуванням механізму реімбурсації.

2.9. Розвиток ПМСД на засадах загальної лікарської практики / сімейної медицини з формуванням мережі відокремлених підрозділів ПМСД, що забезпечують її оптимальну територіальну доступність.

2.10. Структурну перебудову вторинної медичної допомоги з формуванням відповідно до потреб населення мережі ЗОЗ вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги необхідної спеціалізації (інтенсивного, планового, відновного лікування, хоспіси).

2.11. Подальший розвиток системи ЕМД зі створенням єдиних регіональних диспетчерських служб.

2.12. Інтеграція мережі перинатальних центрів, створених на виконання проекту «Нове життя» в загальну систему медичної допомоги.

2.13. Передача відомчих ЗОЗ, а також ЗОЗ, які мають прикріплене населення та знаходяться в підпорядкуванні МОЗ України, у спільну власність громад регіонів.

2.14. Створення в рамках системи соціального забезпечення мережі підрозділів територіальних центрів для надання соціально-медичної допомоги вразливим групам населення.

2.15. Створення єдиної системи комунікаційного та інформаційного супроводу реформ у системі охорони здоров'я.

2.16. Можливість створення системи підготовки на післядипломному рівні менеджерів охорони здоров'я відповідно до сучасних вимог управління.

2.17. Започаткування комплексної підготовки країни до впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

*3. На законодавчому рівні вирішити такі питання:*

3.1. Прийняття Закону щодо продовження терміну дії Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» до 31.12.2015 р.

3.2. Забезпечення термінового скасування Закону України від 23.02.2014 р. № 772-VII «Про введення мораторію на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я».

3.3. Забезпечення прийняття Закону України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування».

3.4. Внесення змін до Податкового кодексу щодо:

3.4.1. Введення цільових для охорони громадського здоров'я акцизів на табак та алкоголь;

3.4.2. Встановлення податкових пільг для підприємств та організацій, які страхують своїх працівників на добровільній основі;

3.4.3. Особливості оподаткування ЗОЗ, створені у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств:

- у підпункт 14.1.121 пункту 14.1 статті 14 щодо визначення терміну;

- у підпункт (б) пункту 157.1 статті 157 щодо оподаткування неприбуткових установ та організацій ЗОЗ, створених у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств;
- у підпункт 197.1.5 пункту 197.1 статті 197 щодо звільнення від оподаткування постачання послуг із медичної допомоги та/або медичного обслуговування ЗОЗ на основі відповідної ліцензії;
- у підпункт 282.1.8 пункту 282.1 статті 282 стосовно пільг щодо сплати податків для ЗОЗ, створені у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств;
- в абзац другий пункту 284.3 статті 284 щодо особливостей застосування пільгового оподаткування податку за земельні ділянки ЗОЗ, створених у формі комунальних некомерційних підприємств як неприбуткових підприємств.

3.5. Урегулювання питання щодо встановлення для ЗОЗ, що функціонують як комунальні некомерційні підприємства, тарифів на енергоносії як для бюджетних установ.

3.6. Затвердження єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг.

3.7. Внесення змін до частини 3 статті 2 Закону України «Про здійснення державних закупівель» від 10.04.2014 р. № 1197-VII у частині виключення із сфери його застосування випадків, коли предметом закупівлі є послуги державних та комунальних ЗОЗ із медичного обслуговування населення.

3.8. Нормативне врегулювання питання забезпечення медичними працівниками загальноосвітніх навчальних закладів для збереження права дітей на медичне обслуговування в закладах освіти відповідно до вимог чинного законодавства.

3.9. Затвердження механізму забезпечення медичних працівників первинної ланки житлом та пільг для лікарів і медичних сестер, які працюють у сільській місцевості.

3.10. Забезпечення прийняття закону про впровадження загальнообов'язкового соціального медичного

страхування з подальшою розробкою заходів на 4 роки з підготовки країни до його впровадження.

#### 4. Рекомендувати МОЗ України:

4.1. Проведення тренінгу з керівниками структурних підрозділів із питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій з актуальних питань реформування сфери охорони здоров'я, методології формування госпітальних округів в адміністративній території реформи охорони здоров'я.

4.2. Створення єдиної системи комунікаційного та інформаційного супроводу реформ.

4.3. Забезпечення дієвого контролю за формуванням штатних розписів ЦПМСД у регіонах відповідно до покладених на них функцій.

4.4. Перегляд положення наказу МОЗ України від 27.08.2010 р. № 728 «Про диспансеризацію населення» з метою впровадження скринінгу та планового лікування на засадах доказової медицини.

4.5. Визначення та затвердження переліку захворювань і станів, при яких медична допомога надається в закладах вторинного та третинного рівнів.

4.6. Розробка нормативів навантаження на лікарів-спеціалістів, які надають медичну допомогу на вторинному рівні.

4.7. Розробка нормативів навантаження для медичних сестер, які надають ПМСД і ВМД.

4.8. Проведення адаптації системи фінансування за діагностично-спорідненими групами та її пілотна апробація в ЗОЗ вторинного рівня різних регіонів.

4.9. Доручення ДП «Державний експертний центр МОЗ України» перегляду медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги.

4.10. Передбачення при плануванні наукової тематики на 2015 рік науково-дослідних робіт щодо наукового обґрунтування окремих складових реформи та результатів її проведення в цілому.

## Література

1. *Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги* : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
2. *Про затвердження Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників (лікарів) у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу* : наказ МОЗ України від 28.03.2013 р. № 249 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
3. *Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення в медичній допомозі* : наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 420 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
4. *Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування регіонального Плану-графіку проведення експерименту з реформування системи охорони здоров'я* : наказ МОЗ України від 15.07.2011 р. № 419 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
5. *Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»* : наказ МОЗ України від 05.10.2011 р. № 646 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
6. *Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві* : постанова КМУ від 24.10.2012 р. № 1113 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
7. *Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я* : наказ МОЗ України від 30.12.2011 р. № 1008 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
8. *Про затвердження Примірного статуту Центру первинної медико-санітарної допомоги* : наказ МОЗ України від 29.06.2011 р. № 384 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
9. *Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій з визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами надання медичної допомоги у пілотних регіонах* від 20.05.2011 р. № 304 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
10. *Про затвердження Тимчасових методичних рекомендацій щодо запровадження програмно-цільового методу складання та виконання місцевих бюджетів в системі охорони здоров'я у пілотних регіонах* : наказ МОЗ України від 08.06.2011 р. № 346 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
11. *Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проєктів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві* : наказ МОЗ України від 08.06.2011 р. № 346 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.moz.gov.ua](http://www.moz.gov.ua). – Назва з екрана.
12. *Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я в Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві* : Закон України від 07.07.2011 г. № 3612-VI [Електронний документ]. – Режим доступу : [http : www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua). – Назва з екрана.
13. *Регіональні системи охорони здоров'я України* : [монографія в 2 ч.] / за ред. Р. О. Моїсеєнко. – К., 2011. – Ч. 1. – 239 с.
14. *Регіональні системи охорони здоров'я України* : [монографія в 2 ч.] / за ред. Р. О. Моїсеєнко. – К., 2011. – Ч. II. – 273 с.

*Дата надходження рукопису до редакції: 03.06.2014 р.*

## Некоторые уроки реформы здравоохранения Украины

*Г.А. Слабкий<sup>2</sup>, В.Н. Лехан<sup>3</sup>, К.А. Надутый<sup>1</sup>,  
Ю.Б. Яценко<sup>2</sup>, М.В. Шевченко<sup>2</sup>,  
Н.Ю. Кондратюк<sup>2</sup>, М.А. Знаменская<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Министерство здравоохранения Украины,  
г. Киев, Украина

<sup>2</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
МЗ Украины», г. Киев, Украина

<sup>3</sup>Днепропетровская государственная медицинская академия,  
г. Днепропетровск, Украина

**Цель** – проанализировать основные результаты проведения реформы здравоохранения в пилотных регионах, а также в Полтавской и Одесской областях Украины, выявить проблемы и предложить пути их решения.

**Материалы и методы.** Законодательная база проведения реформы, данные статистических отчетов и мониторинга проведения реформы. Использованы методы контент-анализа, статистический, структурно-логического анализа. Основу исследования составлял системный подход.

**Результаты.** Установлены общие проблемы реализации хода реформирования сферы здравоохранения в регионах: несовершенство действующей нормативно-правовой базы относительно финансирования здравоохранения в результате неопределенности гарантированного уровня медицинской помощи; недостаточный уровень финансирования отрасли и финансовой поддержки реформы; учреждения здравоохранения работают в условиях неуккомплектованности штатных должностей физическими лицами как врачей, так и младших специалистов, с медицинским образованием; недостаточного оборудования современному оборудованию, автомобильным транспортом и тому подобное; недостаточный уровень использования информационных технологий; недостаточный уровень готовности управленцев всех уровней управления к работе в новых условиях; крайне недостаточное информационно-коммуникационное обеспечение реформы на центральном и местном уровнях. Предложенные пути решения существующих проблем.

**Выводы.** Представленные позитивные результаты реформы из структурной перестройки отрасли и внедрения современных механизмов финансирования позитивно влияют на процесс оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** охрана здоровья, реформа, позитив, проблемы, пути решения.

## Some lessons of health care reforms in Ukraine

*G.O. Slabky<sup>2</sup>, V.M. Lehan<sup>3</sup>, K.O. Naduty<sup>1</sup>,  
Yu.B. Yaschenko<sup>2</sup>, M.V. Shevchenko<sup>2</sup>,  
N.Yu. Kondratyuk<sup>2</sup>, M.A. Znamenska<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Ministry of Health of Ukraine,  
Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>SI «Ukrainian Institute of Strategic Researches  
Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup>Dnipropetrovsk State Medical Academy,  
Dnipropetrovsk, Ukraine

**Purpose** – to analyze the main results of the health care system reform in pilot and Poltava and Odessa regions of Ukraine, to identify problems and suggest ways of their correction.

**Materials and methods.** Legislation base of the reform, statistical reports and monitoring reports. Methods of content analysis, statistic, structural-logical analysis were used. Systematic approach was the basis of the study.

**Results.** The general problems of health care reform in regions were determined: the imperfection of the existing legal and regulatory framework for health care system financing due to the uncertainty of the guaranteed level of health care; insufficient financing and financial support of reforms; health care institutions work in conditions of incompleteness of permanent positions of doctors and junior medical specialists; poor ensuring of modern equipment, transport, etc.; insufficient level of information technology use; insufficient readiness of all levels government managers to work in the new conditions; extreme lack of information and communication ensuring of reforms at central and local levels. The ways of existing problems elimination are proposed.

**Conclusions.** Positive results of industry restructuring and implementation of modern financing mechanisms have a positive impact on medical assistance were shown.

**Key words:** health care, reform, positive, problem, ways of elimination.

### Відомості про авторів

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., проф., директор ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: g.slabkiy@mail.ru.

**Лехан Валерія Микитівна** – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я Дніпропетровської державної медичної академії; просп. Карла Маркса, 24, Дніпропетровськ, 49027, Україна; служб. тел. +38 (056) 713-51-84; e-mail: vlexan@rambler.ru.

**Надугий Костянтин Олександрович** – начальник Управління реформ системи охорони здоров'я МОЗ України; вул. Грушевського, 7, м. Київ, 01021, Україна; служб. тел.: +38 (044) 253-80-51; e-mail: nka1@moz.gov.ua.

**Ященко Юрій Борисович** – д.мед.н., проф., заступник директора з наукової роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-49.

**Шевченко Марина Вікторівна** – к.мед.н., с.н.с., зав. відділу економічних досліджень охорони здоров'я та медичного страхування ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-13; e-mail: shevchenko\_marin@ukr.net.

**Кондратюк Наталія Юріївна** – зав. відділення організації медичної допомоги ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна; служб. тел. +38 (044) 576-41-19; e-mail: loriann2005@ya.ru.

**Знаменська Марія Андріївна** – к.мед.н., асистент кафедри офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; дисертант ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; служб. тел. +38 (044) 408-05-36; e-mail: znamenska@yahoo.com.