

О. П. КОРНІЙЧУК (Київ)

ШЛЯХИ ЕФЕКТИВНОГО ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, У ПЕРШУ ЧЕРГУ У ВІННИЦЬКІЙ, ДОНЕЦЬКІЙ, ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТЯХ ТА М. КИЄВІ

Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України

Проаналізовано системні проблеми надання первинної медико-санітарної допомоги виходячи із вимог прийнятих законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях та місті Києві». Обґрунтовано першочергові та поточні заходи органів влади із внесення змін до прийнятих законів, постанов уряду, наказів МОЗ України щодо забезпечення пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: реформування системи охорони здоров'я, первинна медико-санітарна допомога, сімейна медицина.

Системною проблемою діючого організаційно-економічного механізму охорони здоров'я України є хаотична ситуативна поведінка пацієнтів у переважній більшості випадків та їхніх близьких родичів при першому зверненні до лікаря за наданням медичної допомоги, наслідком чого є фактично неотримання необхідної медичної допомоги значною кількістю пацієнтів.

Особливості розвитку системи охорони здоров'я вивчалися у працях вітчизняних вчених (В. Лехан, В. Москаленко, Г. Слабкий, І. Солоненко та ін.), але розробці шляхів ефективного проведення реформування системи охорони здоров'я в умовах прийнятого Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» №3612-17 від 07.07.2011 року приділяється недостатня увага.

Метою статті є розкриття шляхів ефективного проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях через обґрунтування внесень змін до законодавства, постанов уряду та рішень міністерств, відомств і органів місцевої влади.

Сучасний стан справ в регіонах України щодо функціонування системи охорони здоров'я економічно вигідний монополістам на місцях. Передусім це стосується районного рівня надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Це здійснюється за рахунок максимального «накручування маршрутів» руху пацієнта від лікаря до лікаря. Це фактично фінансує лікарів зазначеної ланки. Чим більше звернень пацієнта,

тим вигідніше лікарям. Причиною цього є нерегульованість державними та місцевими органами влади монополізованого середовища надання послуги при першому контакті пацієнта з лікарем. Ним має бути сімейний лікар, який персонально відповідальний за якість і своєчасність надання ПМСД. Основним гальмівним чинником розвитку ПМСД в Україні є нерідко низький професійний рівень та інформаційне забезпечення дільничних терапевтів та дільничних лікарів. Після першого контакту з ними пацієнт входить в смугу хаотичних звернень до інших лікарів.

До системних проблем надання ПМСД, які стосуються якості і тривалості життя громадян, як свідчить досвід у м. Комсомольськ Полтавської області, слід віднести відсутність фактичної оплати приватному сімейному лікарю за надання ним медичної допомоги на одній дільниці (понад 200 пацієнтам протягом року). Це стосується надання послуг стаціонару вдома – 120 чол. і 96 чол. денного стаціонару. Вартість цієї послуги протягом місяця, за оцінками фахівців, фактично коштує близько 920 грн (10 чол. стаціонару вдома x 60 грн = 600 грн; 8 чол. денного стаціонару x 40 грн = 320 грн).

В прийнятих змінах до законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [1] та «Про порядок реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській та Донецькій областях та місті Києві» [4] не визначено пріоритетність розвитку ПМСД та її основи – сімейної медицини. Організаційно-економічні, організаційно-юридичні та організаційно-фінансові ме-

ханізми її розвитку, виходячи із передової практики розвинутих європейських країн, не розкриті.

До концептуальних помилок, які присутні в обох законах, слід віднести:

- відсутність головної мети законодавчих змін – покращення якості життя громадян, зменшення смертності, передусім працездатного населення, за рахунок своєчасного та кваліфікованого надання медичної допомоги – через інститут сімейного лікаря;

- відсутність передбаченого Постановою Кабінету Міністрів України №1782 від 31.12.2004 р. фінансування ПМСД в обсязі 23% витрат на систему охорони здоров'я. В перспективі цей показник, на нашу думку, повинен досягати не менше 30–40%.

Пріоритетність розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря визначає:

1. Високі кваліфікаційні вимоги для отримання статусу сімейного лікаря, які формуються Асоціацією сімейних лікарів України і підтверджуються перед нею.

2. Отримання сімейним лікарем статусу диспетчера руху коштів на вторинний і третинний рівень для ліквідації хаосу у зверненнях пацієнтів.

3. Стимулювання сімейним лікарем, як диспетчером руху коштів, створення лікарями-діагностами якісної і доступної діагностичної бази. Це можливо на базі районних лікарень чи поліклінік, реорганізованих у центри ПМСД.

4. Підписання сімейним лікарем угод з пацієнтами (мінімум 600 чел.) перед підписанням ним контракту з розпорядником бюджетних коштів.

5. Збільшення грошової винагороди сімейного лікаря у 2012 р. у 2,5 рази.

6. Запровадження системи стимулів для діючих дільничних терапевтів та інших лікарів і медперсоналу ПМСД до підвищення професійного рівня і проходження необхідного навчання для отримання права на здачу іспитів і отримання ліцензії з надання послуг населенню.

За оцінками окремих фахівців, механізм подушного фінансування ПМСД на районному рівні може призвести до «вимивання» коштів на користь лікаря, який має ліцензію як приватний сімейний лікар і одночасно працює в лікарні чи поліклініці вузькопрофільним лікарем-діагностом. Тобто пацієнт може залишитись без фактичного права вибору іншого лікаря. При цьому може зберегтися монополізм у наданні послуг та тінізація оплати праці лікаря (відрахування до пенсійного фонду приватного сімейного лікаря, а також медсестри загальної практики здійснюється із суми 960 грн/міс.).

Монополізація у наданні послуг ПМСД може призвести до суттєвого скорочення на районному рівні лікарів-терапевтів, дільничних лікарів тощо. Це буде пов'язано із небажанням лікарів-

монополістів, які будуть контролювати фінансові потоки у ПМСД, розширювати конкурентне середовище. Слід враховувати досвід ряду східноєвропейських країн, де вже відбулися такі процеси.

У зв'язку з цим дуже актуальним є опрацювання чітких критеріїв підготовки, здачі іспитів та контролю за практичною діяльністю сімейного лікаря. Вимоги повинні бути достатньо високими, а винагорода за працю – гідною, щоб забезпечити належну привабливість інституції приватного сімейного лікаря.

Слід передбачити використання на вторинному рівні одного із прийнятих методів розрахунку за надання медичних послуг: прямі тарифи з нозології (це множення вартості лікування конкретної хвороби на прогнозовану кількість хворих); метод клініко-діагностичних груп (врахування вартості по групам захворювань); розрахунок одного ліжко-дня з нозології (обрахунок вартості одного дня і множення його на кількість днів з цієї хвороби).

До першочергових заходів органів влади слід віднести наступні.

Для створення фундаментальних основ впровадження здорового способу життя та подовження його тривалості необхідно вжиття кожним громадянином, органами влади, неурядовими організаціями радикальних заходів.

На першому етапі слід розвернути соціально-економічну систему, в першу чергу охорони здоров'я, в науково обґрунтоване русло – щодо базового розвитку ПМСД. Передусім це стосується глибокої аналітичної оцінки реального стану справ у системі охорони здоров'я, симетричного руху фінансових потоків щодо першочергового задоволення потреб ПМСД.

Для розвитку ПМСД на засадах приватного сімейного лікаря необхідно передбачити прийнятний податок (хоча б 500 грн на місяць).

Фінансування до 23% витрат системи охорони здоров'я на ПМСД (нині 5%) дозволить стати їй доступною для 80% бідної частини населення України. ПМСД на засадах ЗП/СМ стане основним інформаційним джерелом для громадян про здоровий спосіб життя, рушієм якісних профілактичних послуг для населення на базі необхідного рівня медичної освіти.

Для якісного переходу на зазначений рівень фінансування, який фактично перевищує нинішній офіційний удвічі, а реально у 4–5 разів, Кабінету Міністрів України необхідно провести демонополізацію галузі шляхом прийняття окремих постанов щодо:

- 1) створення за рахунок внутрішніх резервів відділів охорони здоров'я районних державних адміністрацій як головних розпорядників бюджетних коштів;

до 01.09.2011 р.

2) розроблення і затвердження методики подушних витрат на надання первинної медичної допомоги, а також обґрунтованих підходів до фінансування вторинної, третинної та екстреної допомоги, передбачивши окремою строчкою виділення коштів у кожній із них на паліативну допомогу та медичну реабілітацію;

до 15.09.2011 р.

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

до 01.10.2011 р.

4) врегулювання механізмів створення конкурентного середовища при наданні ПМСД шляхом укладення прямих договорів не тільки між розпорядниками бюджетних коштів і поліклініками, але й розпорядниками і приватними сімейними лікарями;

до 01.09.2011 р.

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

6) вирівнювання прибутку приватного сімейного лікаря та заробітної плати комунального сімейного лікаря. Для детінізації прибутку приватного сімейного лікаря необхідно передбачити збільшення фінансування його щомісячних послуг до 3500 грн. При цьому передбачити введення коефіцієнтів доплат за надання послуг дітям до 3-х років та особам після 65-ти років (можливо 1.3). Крім цього, для заохочення обслуговування сільських мешканців доцільно передбачити коефіцієнт для лікаря, який там працює, – 1.5; в районному центрі – 1.3; в місті – 1.2;

до 01.10.2011 р.

7) перепідготовка кадрів для обіймання посади сімейних лікарів із залученням практикуючих сімейних лікарів до навчального процесу;

8) розподіл фінансування первинної та вторинної медико-санітарної допомоги на амбулаторну та стаціонарну; передбачити оплату сімейного лікаря за надання послуг денного стаціонару та стаціонару вдома;

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

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

Організаційно-управлінські та фінансово-економічні заходи щодо розвитку системи охорони здоров'я на 2013 р. можливо буде планувати на початку 2-го півріччя 2012 р. після виконання передбачених вище заходів з демонополізації надання послуг та пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря. За нашими оцінками, коштів, виділених на систему охорони здоров'я у 2011 р., достатньо для початку реальних реформ у випадку їх ефективного перерозподілу, виходячи з пріоритетності ПМСД.

Для вжиття заходів з детінізації системи охорони здоров'я у 2013 р. необхідно:

а) у 2012 р. провести реальний обрахунок об'єму медичної допомоги та медичних послуг, які вірогідно будуть надані пацієнтам у 2013 р., виходячи із соціального статусу, вікової структури та особливостей захворювань пацієнтів у кожному населеному пункті за методикою, яку попередньо необхідно буде затвердити постановою уряду;

б) здійснити обрахунок джерел покриття цих витрат;

в) відпрацювати пакет законодавчих та урядових рішень щодо впровадження реальних фінансових механізмів оплати очікуваних послуг, у тому числі через механізми страхової медицини, лікарських кас тощо.

10) залучення Кабінету Міністрів України, Міністерства економічного розвитку і торгівлі України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства регіонального розвитку та будівництва України, органів місцевого самоврядування, обласних та районних державних адміністрацій до розробки та затвердження ефективного організаційно-економічного механізму впровадження реформ, передусім у зазначених регіонах. Законом ці функції покладені на центральний орган виконавчої служби у сфері охорони здоров'я. На наш погляд, положення про центр ПМСД необхідно затверджу-

вати Кабінетом Міністрів України, а не Міністерством охорони здоров'я;

11) залучення ключових інституцій реформування охорони здоров'я – лікарів та пацієнтів, громадських лікарських об'єднань та об'єднань пацієнтів – до розробки спільно з урядом та місцевими органами влади зазначених механізмів;

12) розробка та впровадження організаційно-фінансових механізмів регулювання реформ в пілотних проектах виділених регіонів на базі пріоритетного фінансування приросту витрат на систему охорони здоров'я на ПМСД на засадах сімейного лікаря;

13) опрацювання критеріїв фінансування видів медичної допомоги. Виходячи із європейського досвіду та практики реформування ПМСД в Україні, за нашими попередніми оцінками, структура фінансування може визначатись наступним чином: первинна – 2012 р. – 23%, 2013 р. – 30%, 2014 р. – 35%; вторинна – 2012 р. – 45%, 2013 р. – 43%, 2014 р. – 40%; третинна – 2012 р. – 24%, 2013 р. – 18%, 2014 р. – 16%; екстрена допомога – 2012 р. – 8%, 2013 р. – 9%, 2014 р. – 10%;

14) розробка організаційно-юридичного механізму впровадження реформ на основі укладання прямих договорів між лікарями – надавачами послуг та пацієнтами, а після цього – між головним розпорядником бюджетних коштів та лікарями – надавачами цих послуг, як комунальними установами, так і лікарями – приватними підприємцями. Запропонований у законах підхід передбачає укладання договорів між головним розпорядником та закладами видів допомоги [1;4]. За нашими оцінками, враховуючи досвід м. Комсомольська, це і залишається основною причиною додаткових витрат у 2010 р. – до 40% на надання послуг в системі ПМСД;

15) розробки організаційного механізму оптимального маршруту пацієнта через сімейного лікаря для отримання, при потребі, доступної якісної медичної допомоги на вторинному чи третинному рівнях. Нині хаотичність в зверненнях пацієнтів до лікарів призводить до того, що до 75% із них не отримують належну і своєчасну медичну допомогу [5];

16) створення конкурентного і рівноправного середовища між комунальними сімейними лікарями поліклініки та приватними сімейними лікарями з надання послуг ПМСД населенню. Нині всі договори з розпорядниками бюджетних коштів укладаються з установами системи охорони здоров'я – з поліклініками та ін. При цьому 30% надбавка, яка діє для комунальних сімейних лікарів, не розповсюджується на приватних сімейних лікарів.

Враховуючи багаторічний досвід м. Комсомольська Полтавської області у реалізації стратегії

програмно-цільового підходу при фінансуванні системи охорони здоров'я, необхідно передбачити надання ПМСД на засадах сімейного лікаря статусу основи системи охорони здоров'я. Актуальним при цьому залишається питання економічного об'єкта вірогідного обсягу медичної допомоги і медичних послуг, які необхідно буде надати населенню у 2012 р., в першу чергу на первинному рівні.

Нині із близько 50 млрд бюджетних коштів на первинний рівень виділяється 10% (реально – 3–4%); вторинний рівень – 44% (реально – 48%); третинний рівень – 35% (реально – 40%); екстрена допомога – 8%; решта – стоматологія.

За рахунок пріоритетного фінансування ПМСД на засадах сімейного лікаря слід щорічно збільшувати обсяг медичних послуг на 12% щоб охопити 100% населення України протягом 5 років. Для цього необхідно підняти зарплату сімейного лікаря до 3 500 грн/місяць. Нині цієї послуги потребують 60% населення України. Довести до 80–85% обсяг медичних послуг на засадах сімейної медицини, які закінчуються на рівні амбулаторно-поліклінічної допомоги. Для цього потрібно наростити протягом 5 років об'єм цих послуг практично удвічі.

Фактично фінансування ПМСД в Україні у 7 разів менше в структурі бюджетів (відповідно 25% і 3–4%).

Система охорони здоров'я не здатна належним чином задовольнити потреби громадян. Вона нерідко несе реальну загрозу населенню у зв'язку з непотрібним лікуванням і медикаментизацією. Це тому, що вона, як система, є вузькоспеціалізованою на шкоду інтеграції з іншими лікарями і соціальними службами. Це є основним блокуючим фактором впровадження розвиненої моделі ПМСД та сімейного догляду.

Вдалим організаційним економічним механізмом розвитку ПМСД на районному рівні для мешканців сільської місцевості буде включення комунальних сімейних лікарів до центрів ПМСД, створених на базі районної поліклініки або районної лікарні. Фактично створенням зазначених центрів вводиться новий організаційно-правовий механізм надання ПМСД.

Зазначені центри, поруч із приватними сімейними лікарями, надавали б послуги сільському населенню, використовуючи приміщення ФАПів, лікарських амбулаторій та інших установ, перепрофілювавши їх у АЗЛП/СМ.

Районна державна адміністрація заключала б прямі договори на надання послуг з приватними сімейними лікарями та центрами ПМСД після укладення останніми договорів з пацієнтами. Приватні сімейні лікарі, за потреби, заключали б договори з центром ПМСД на оренду приміщень та медичного обладнання або на оренду приміщень у місцевих органах влади.

Фінансування послуг сімейних лікарів, за нашими оцінками, повинно передбачати подушну оплату (60%), гонорарну оплату (з питань щеплень, планування сім'ї – 15%) і стимулюючі надбавки (25%). При цьому слід поставити приватного сімейного лікаря у рівні умови із комунальним сімейним лікарем, передбачивши надання першому 30% надбавки до заробітної плати.

Можливим організаційно-правовим механізмом діяльності приватного сімейного лікаря є реєстрація його як комунального неприбуткового підприємства. Але згідно з діючим законодавством це передбачає перехід на фіксований податок – 25% від обороту, що спричинить зростання вартості його послуг і збільшить бюджетні витрати.

Сімейний лікар, крім професійних навичок та апаратури для діагностики, повинен мати повну інформацію про можливість надання послуги вузькопрофільними лікарями з діагностики з тих питань, де він потребує сприяння. Це може у 4–5 разів зменшити кількість відвідувань пацієнтами лікарів та у 2–3 рази їх фінансові витрати. Професійну придатність зазначених сімейних лікарів має визначати Асоціація сімейних лікарів України.

Важливим питанням є збереження високого професіоналізму лікарів-діагностів, які нині працюють в поліклініках чи районних лікарнях і надають медичну допомогу в рамках ПМСД.

Принциповим питанням залишається чіткий рух фінансів за надання ПМСД лікарям-діагностам, які фактично надають послуги ПМСД, але нині працюють в системі вторинної допомоги і, вірогідно, будуть включені в склад госпітальних округів.

У випадку направлення коштів через сімейного лікаря на вторинний і третинний рівні буде необхідне збільшення фінансування на понад 50%. Це стосується оплати праці одного сімейного лікаря, 2 медсестер та санітарки.

Для забезпечення належної престижності роботи приватного сімейного лікаря та комунального сімейного лікаря необхідно передбачити щомісячно заробітну плату лікаря у розмірі 3500 грн. З урахуванням нарахування на зарплату близько 50% – це 1750 грн. Відповідно, на 2 медсестри в місяць – 3600 грн (1800 грн на кожну). З урахуванням нарахування на зарплату – 1800 грн. Також слід передбачити щомісячно додаткові 500 грн на зарплату санітарці. Таким чином, сума виплат на одного сімейного лікаря, 2 медсестер та санітарку в місьць повинна скласти – 11000 грн. Нині ці витрати для бюджету складають 1920 грн.

На другому етапі слід передбачити введення коефіцієнтів – 1,3 для обслуговування дітей у віці до 7 років та пенсіонерів після 65 років. Та-

ких за досвідом м. Комсомольська на одній дільниці є 450 чоловік. Сума додаткових витрат складе 5580 грн (450 чол x 13 грн) (40 грн / 3).

Таким чином, загальна щомісячна сума витрат з бюджету на утримання інституції сімейного лікаря повинна збільшитись у понад тричі – із нинішніх 8000 грн до 28580 грн (12000 грн + 11000 грн + 5580 грн).

Враховуючи досвід м. Комсомольськ, отримання сімейним лікарем права на надання послуг екстреної допомоги на своїй дільниці зменшить витрати з бюджету на надання зазначеної допомоги у понад двічі.

Слід враховувати, що в окремих передових країнах світу (США, Японії) фактична пріоритетність в наданні первинної допомоги належить спеціалізованим лікарям. Вони досить ефективно надають необхідну допомогу пацієнту. Але цей процес відбувається на фоні досить високого рівня поінформованості громадян цих країн про здоровий спосіб життя та порядок дій при отриманні ПМСД.

Особливе значення має розробка Міністерством економічного розвитку і торгівлі України, Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством фінансів України методики обрахунку реальних витрат на надання первинної, вторинної, третинної та екстреної допомоги і бюджетної складової у цьому процесі.

Заходи органів влади. На рівні Верховної Ради України передбачити внесення змін до діючого законодавства:

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

2. До ст. 35 (35/2) «Основ законодавства України про охорону здоров'я» щодо обов'язкового звернення громадянина до сімейного лікаря перед його направленням до закладів охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу.

3. До ст. 35 (35/1) «Основ законодавства України про охорону здоров'я», передбачивши безпосередню участь сімейного лікаря у розрахунках з установами, що надають вторинну і третинну медичну допомогу пацієнту, який отримав відповідне направлення. Для цього слід передбачити щомісячне збільшення на 50% фінансування сімейного лікаря (до 12 тис. грн). Нині ця сума складає, по досвіду м. Комсомольська, 8 тис. грн на місяць на одного сімейного лікаря.

4. До ст. 35 (35/3) «Основ законодавства України про охорону здоров'я» щодо обов'яз-

кового звернення громадянина до сімейного лікаря перед його направленням до закладів охорони здоров'я, які надають третинну медичну допомогу.

5. До Закону України «Про ліцензування» щодо спрощення процедури отримання ліцензії сімейним лікарем (можливо через управління охорони здоров'я міст та районів).

6. До ст. 35 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» щодо можливості укладання договору сімейним лікарем із розпорядником бюджетних коштів і громадянином на 1 рік з правом пролонгації до 5 років.

7. До ст. 35 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» щодо права сімейного лікаря надавати екстрену медичну допомогу населенню на власній дільниці через відповідного диспетчера по екстреній медичній допомозі.

8. До Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [4]. Відсутній прописаний організаційно-економічний механізм функціонування закладів у сфері охорони здоров'я на території госпітального округу. Доцільною формою було б об'єднання лікарських закладів району (міста). При цьому відносини між ними оформлюються відповідними угодами.

9. До Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» – слід передбачити організаційно-економічний механізм фінансування витрат, або за конкретним випадком, враховуючи витрати за минулі роки та інфляцію, або фінансування високих зарплат лікарів.

10. До законів України «Про місцеве самоврядування в Україні» [2] та «Про місцеві державні адміністрації» [3] щодо врегулювання питання власності на заклади в системі охорони здоров'я. Наприклад, у ряді міст діють міські лікарні, які підпорядковані міськраді, та районні, які підпорядковані районним державним адміністраціям. Це дозволить оптимізувати залучення установ системи охорони здоров'я районів та міст у госпітальні округи. Передусім це стосується районів з невеликою кількістю населення.

На рівні Кабінету Міністрів України необхідно розробити і затвердити:

- концепцію розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря;
- стратегію розвитку ПМСД;
- державну програму розвитку ПМСД;
- методичні рекомендації до розробки регіональних програм розвитку ПМСД;
- проекти законів про ПМСД;
- постанови Уряду про пріоритетність розвитку ПМСД в системі охорони здоров'я.

На міжвідомчому рівні: розробити і затвердити МОЗ України, Міністерством соціальної політики України, Мінрегіонбудом спільні накази щодо створення умов пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря.

На рівні МОЗ України:

- розробити методику оцінки якості роботи сімейного лікаря та коефіцієнтів штрафних санкцій по дефектним актам;

- розгорнути професійну підготовку лікарів на базі успішно діючих амбулаторій загальної лікарської практики / сімейної медицини.

На рівні органів місцевої влади:

- управлінням охорони здоров'я, соціальної політики та фінансового забезпечення розробити регіональні програми пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря;

- на сесіях обласних, районних, міських народних депутатів розглянути та прийняти регіональні програми пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря;

- вдосконалити методику штрафних санкцій згідно дефектних актів щодо обслуговування населення сімейними лікарями, передбачивши 0,5% санкцій не від обороту коштів, а від зарплати сімейного лікаря;

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

- провести:

1. Розгортання кабінетів ЗЛП/СМ на базі ФАПів (1000 чел. і більше), лікарських амбулаторій, дільничних і міських лікарень.

2. Об'єднання усіх лікарів ЗП/СМ комунальної сфери у центри ПМСД.

3. Чітко розподілити учасників ПМСД:

- a) власник фінансових ресурсів – районна рада;

- b) розпорядник фінансових ресурсів – райдержадміністрація;

- v) надавач послуг – сімейний лікар приватної або комунальної сфери;

- г) отримувач послуг – пацієнт.

4. Введення власником, розпорядником фінансових ресурсів та отримувачем послуг чіткої мети і критеріїв діяльності ПМСД на засадах сімейного лікаря (щорічно):

- зменшення смертності населення (%);

- зменшення смертності населення у працездатному віці (%);
- зменшення смертності дітей при народженні (%);
- зменшення госпіталізації (%);
- зменшення викликів швидкої допомоги (%).

З метою суттєвого покращення якості нормативно-правової бази щодо пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря доцільне залучення до її розробки практикуючих сімейних лікарів, представників неурядових організацій та пацієнтів.

Таким чином, економічне реформування ПМСД повинно максимально стимулювати передусім сімейного лікаря та лікаря-діагноста, який обслуговує пацієнта за направленням, в наданні високоякісних доступних послуг на базі достатньо конкурентного середовища серед лікарів, що надають як первинну медико-санітарну допомогу, так і діагностичні послуги.

Висновки

Обидва законодавчі документи «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» та «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» передбачають збереження «моделі Семашко», яка визначає фінансування установ тільки тепер в рамках кожного виду медичної допомоги. Попередня «модель Семашко» була не так чітко структурована за видами надання медичної допомоги.

Сутність реформування системи охорони здоров'я має визначатись в кардинальному відході від зазначеної «моделі Семашко». Виходячи з досвіду передових країн, в центр організаційно-економічних і організаційно-правових відносин повинні бути поставлені пацієнт, розпорядник бюджетних коштів як замовник послуг та надавач послуг – сімейний лікар, або центр ПМСД як юридичні особи. Це дозволить зламати дію-

чий монополізм на районному рівні в особі районної лікарні чи поліклініки в наданні послуг через власні установи та призведе до зменшення вартості цих послуг для бюджету району і громадян до 25–30%, а в окремих випадках – у кілька разів. Зазначене обґрунтування засноване на досвіді реформування ПСД України, в першу чергу в м. Комсомольськ Полтавської області.

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

Для розробки ефективного організаційно-економічного та організаційно-правового механізму розвитку ПМСД необхідно створити урядовий координаційний центр при Кабінеті Міністрів України для розробки і впровадження законодавчих та урядових змін.

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

У зазначеного лікаря і пацієнта повинні бути завчасно налагоджені юридичні стосунки через укладання відповідної угоди. У такому випадку сімейний лікар, будучи реальним координатором руху бюджетних коштів для проведення діагностування і лікування пацієнта, вкрай зацікавлений у створенні конкурентного середовища серед лікарів-спеціалістів, які надають послуги з діагностики та лікування пацієнтів на вторинному і третинному рівнях.

Перспективи подальших досліджень.

Важливим є вивчення законодавчого досвіду реформування системи охорони здоров'я в країнах Центральної та Східної Європи та його творче застосування в реаліях України.

Список літератури

1. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України № 3611-17 від 07.07.2011 р. [Електронний ресурс] // ВВР. – 2011. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=3611-17>. – Назва з екрану.
2. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України № 280/97-ВР від 21.05.1997 р. (останні зміни: №3610-17 від 07.07.2011) [Електронний ресурс] // ВВР. – 1997. – № 2. – С. 170. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=280%2F97-%E2%F0>. – Назва з екрану.
3. Про місцеві державні адміністрації : Закон України № 586-14 від 09.04.1999 р. (останні зміни: № 3272-17 від 19.05.2011 р.) // ВВР. – 2011. – № 10. – С. 63. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=586-14>. – Назва з екрану.
4. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України № 3612-17 від 07.07.2011 р. [Електронний ресурс] // ВВР. – 2011. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=3612-17>. – Назва з екрану.
5. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. – К. : ВЕРСО-04, 2009. – 72 с.

ПУТИ ЭФФЕКТИВНОГО ПРОВЕДЕНИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ В ВИННИЦКОЙ, ДОНЕЦКОЙ, ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТЯХ И Г. КИЕВЕ

А. П. Корнийчук (Киев)

Проанализированы системные проблемы оказания первичной медико-санитарной помощи исходя из требований принятых законов Украины «О внесении изменений в Основы законодательства Украины о здравоохранении относительно усовершенствования оказания медицинской помощи» и «О порядке реформирования системы здравоохранения в Винницкой, Днепропетровской и Донецкой областях и городе Киеве». Обоснованы первоочередные и текущие мероприятия органов власти по внесению изменений в принятые законы, постановления правительства, приказы МЗ Украины по обеспечению приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: реформирование системы здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь, семейная медицина.

WAYS OF EFFECTIVE REALIZATION OF HEALTH CARE REFORM IN THE FIRST PLACE IN VINNITSA, DONETSK AND DNIPROPETROVSK REGIONS AND IN KYIV

А. П. Korniychuk (Kyiv)

In this article the systemic problems of primary health care based on the requirements of the adopted laws of Ukraine "On Amendments to the Basic Law of Ukraine on Health regarding the improvement of medical care" and "On the order of health care reform in Vinnytsia, Dnipropetrovsk and Donetsk regions and the city of Kiev" have been analyzed. The priorities and current measures of the authorities to amend the adopted laws, government regulations, and orders of the Ministry of Health to ensure the priority development of primary health care on principles of family medicine have been proved.

KEY WORDS: reforming of system of health care, the primary medical and sanitary aid, family medicine.

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

УДК 614.07.(091)(478)

Я. В. ГАНІТКЕВИЧ (Львів)

**ТРАГЕДІЯ ГРУПИ ЛЬВІВСЬКИХ ПРОФЕСОРІВ У 1941 РОЦІ
(ДО 70-Ї РІЧНИЦІ СТРАТИ ВЧЕНИХ)**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

В статті описується встановлення у 2011 р. пам'ятника страченим гітлерівцями львівським вченим, приведені дані про українського професора Адама Соловія, про усіх вчених-медиків. Описуються обставини загибелі вчених, фальшиве звинувачення радянським режимом українців з батальону «Нахтігаль» у вбивстві вчених. Приводяться дані про відзначення пам'яті вчених в Україні та в Польщі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: львівські професори-медики, гітлерівські окупаційні злочини.

Громадськість України і Польщі у липні ц.р. відзначила 70-і роковини варварського вбивства гітлерівськими окупантами групи львівських вчених – найбільше професорів Львівського медичного інституту, а також Львівської Політехніки та інших вищих шкіл. Вшановуючи пам'ятя

цих безневинно загиблих людей, котрих розглядали як еліту польської нації, українські й польські державні й громадські організації вирішили до 70-х роковин з дня розстрілу вчених встановити у Львові скорботний пам'ятник.

Координаційну функцію взяла на себе колегія Східної Європи імені Яна Новака-Єзьоранського, що була створена у 2001 році. За ініціати-