

СХВАЛЕНО  
розпорядженням Кабінету Міністрів  
України  
від \_\_\_\_\_ 2014 р. № \_\_\_\_\_

## **КОНЦЕПЦІЯ нової системи охорони здоров'я**

### **Визначення проблеми, на розв'язання якої спрямована Концепція**

На сьогодні існують глибинні проблеми в охороні здоров'я, які не дозволяють створити в Україні стійку та, водночас, чутливу до змін у потребах населення систему медичного обслуговування. Ця ситуація обумовлена наступними основними факторами:

- система управління забюрократизована, як у частині регуляторних функцій, так і стосовно безпосереднього управління закладами охорони здоров'я та наданням медичної допомоги, противаги у вигляді повноважень інституцій громадянського суспільства відсутні;

- система фінансування застаріла та неефективна і характеризується недостатністю державних (суспільних) коштів, які включають Зведений бюджет і соціальне страхування (57,2% загальних витрат на охорону здоров'я, НРОЗ 2012 р.), приватні витрати в охороні здоров'я, які є значними (40-42%), і відповідно, некерованими в інтересах суспільства, ускладнюють доступ незаможного населення до медичних послуг, діючі механізми фінансування спрямовані на розподіл та утримання потужностей, а не на результати роботи;

- система кадрового забезпечення є недосконалою, оскільки якість підготовки та підвищення рівнів кваліфікації контролюється формально, відсутня система безперервного професійного розвитку медичних працівників, медичні професії є неprestижними за рівнем офіційних доходів і соціальними гарантіями.

Посилення негативного впливу вище зазначених факторів пов'язано також і з проблемами неузгодженості реформ у різних сферах економіки України.

На вирішення цих проблем має бути спрямована реалізація положень Концепції нової системи охорони здоров'я в Україні.

### **Аналіз причин виникнення проблеми та обґрунтування необхідності її розв'язання**

На сьогодні в сфері охорони здоров'я накопичилася низка проблем, які потребують оперативного реагування та отримання результатів у найближчий час.

Це стосується структурної неефективності галузі, яка проявляється у низькій доступності первинної медичної допомоги (далі – ПМД) – кількість надавачів ПМД в Україні у декілька разів менша ніж у країнах Європейського регіону, має місце регіональна та територіальна нерівність у забезпеченості населення цими закладами, майже катастрофічна ситуація з кадровим забезпеченням через низький рівень престижності професії сімейного лікаря, доступ до вторинної (спеціалізованої) (далі – ВМД) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (далі – ТМД) на відміну від країн з розвинутими системами охорони здоров'я (далі – ОЗ) не регульований з боку ПМД. Наявна нераціональна інфраструктура та надмірні потужності ВМД і ТМД, які є малоефективними через розпорошеність та технологічну відсталість (Україна – 5 лікарень на 100 тис. населення, країни ЦСЄ – 2,7). На сьогодні у країнах ЦСЄ показник забезпеченості стаціонарними ліжками, на яких здійснюється інтенсивне лікування (ліжка стаціонарів лікарень інтенсивного лікування) – 46 на 10 тис. населення, в Україні цей показник неможливо визначити. Вкрай недостатні потужності з надання паліативної допомоги та реабілітації, недостатньо застосовуються стаціонарзамінні технології (наприклад, хірургія однієї доби).

Профілактична складова у діяльності галузі практично нівельована, особливо в частині профілактики неінфекційних захворювань (далі – НІЗ), що, передусім, пов'язано з дезінтегрованим наданням ПМД, низьким рівнем реалізації засад загальної практики-сімейної медицини, недостатнім рівнем оснащення закладів ПМД, відсутності ефективних механізмів фінансування і мотивації праці (зокрема, до здійснення профілактичних заходів). Система громадської охорони здоров'я фрагментована, частина її елементів не інституалізована.

Система планування та використання бюджетних коштів базується на принципі утримання державних та комунальних закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) без врахування обсягів і якості наданих медичних послуг.

Для оперативного управління сферою охорони здоров'я недостатньо необхідної інформації, яка крім того, характеризується низькою достовірністю: домінує паперовий облік і звітність, система індикаторів є архаїчною, орієнтована на валові показники, не відображає реальний стан здоров'я населення (реєструються захворювання, а не пацієнти) та розвиток галузі, наявна перевантаженість паперовою роботою медичних працівників, які виконують це часто неякісно та імітаційно.

Практично відсутня система управління якістю медичної допомоги, залишається недостатнім рівень стандартизації медичної допомоги.

Ефективність фармацевтичної політики залишається низькою: дозвільна система зарегульована, система контролю корумпована, відсутнє державне регулювання цін на лікарські засоби (далі – ЛЗ), недостатньо опрацьовано механізм відшкодування їх вартості (реімбурсації), аптечні заклади фактично перетворено у суто торговельну мережу з нівелюванням медичної складової у їх діяльності.

Відсутнє скоординоване інформаційно-комунікаційне забезпечення модернізації сфери ОЗ, що призводить до «псевдоефективності» безвідповідальної популістської риторики та законотворчості у сфері ОЗ.

Запровадження базисних елементів нової системи охорони здоров'я потребує врахування отриманих результатів відпрацювання нових організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів у пілотних (Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві) (далі – пілотні регіони) та інших регіонах України, які були врегульовані Законами України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», «Про екстрену медичну допомогу», «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». Це стосується наступних механізмів, які були відпрацьовані на рівні пілотних регіонів:

- об'єднання (створення більш потужних «пулів») бюджетних коштів на рівні регіону (Дніпропетровська область – в повному обсязі, Вінницька і Донецька – частково), що дозволило підвищити справедливість розподілу ресурсів ВМД та більшу рівність у доступі до її послуг;

- структурне, функціональне та фінансове визначення ПМД, яке відбувалося шляхом створення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі – ЦПМСД). Розпочато розширення мережі амбулаторій у сільській місцевості і у містах на основі науково обґрунтованих нормативів забезпеченості. Зазначений досвід поширено на інші регіони;

- укладення договорів з ЦПМСД про медичне обслуговування населення та програмно-цільовий метод планування їх бюджетів;

- спрощений порядок фінансування ЦПМСД (за двома кодами економічної класифікації видатків), який поширено у закладах охорони здоров'я, що надають вторинну та екстрену медичну допомогу пілотних регіонів, закладах охорони здоров'я, що надають ПМД на всій території України. Це дозволило збільшити можливості оперативного управління бюджетними коштами на основі пріоритету медико-економічної доцільності, а не бухгалтерського обліку;

- механізм вибору та зміни лікаря, що надає ПМД;

- механізм регульованого доступу до вторинної та третинної медичної допомоги через систему направлень;

- запровадження оплати праці з урахуванням обсягів і якості наданих послуг, в т.ч. профілактичної роботи, для працівників, які надають ПМД, що дозволило суттєво збільшити їх рівень заробітної плати. Новий механізм оплати праці поширюється на усі регіони України з жовтня 2014 року;

- розпочато формування нової системи екстреної медичної допомоги (далі – ЕМД) на території держави в рамках реалізації положень Закону України «Про екстрену медичну допомогу». Підпорядкування усіх структур з надання ЕМД єдиним регіональним центрам забезпечило

екстериторіальність у діяльності цієї системи та, відповідно, сприяло дотриманню нормативів доїзду та оптимізації подальшого медичного маршруту пацієнта;

– розпочато планування спеціалізації ЗОЗ, які надають ВМД, у рамках підготовки до створення госпітальних округів.

### **Мета Концепції**

Метою Концепції є визначення напрямів, механізмів і строків формування нової системи охорони здоров'я, реалізація яких сприятиме збереженню та зміцненню системи громадського здоров'я, пріоритетності профілактичного напрямку діяльності сфери охорони здоров'я з акцентом на НІЗ, зниження показників захворюваності, інвалідності та смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги, запровадженню ефективних організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, підвищенню соціальної справедливості і захисту прав громадян на охорону здоров'я.

### **Визначення оптимального варіанта розв'язання проблеми на основі порівняльного аналізу можливих варіантів**

Можливі три варіанти розв'язання проблеми, що передбачають:

перший варіант – нічого не робити, зупинити реформування галузі та скасувати пілотне відпрацювання нової моделі надання медичної допомоги населенню законсервувати існуючу ситуацію в системі управління, фінансування, кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, що призведе до погіршення стану здоров'я населення, поглиблення проблем в частині використання фінансових ресурсів, посилення нерівності в доступі до послуг, особливо серед соціально вразливих верств населення, подальше зростання невдоволеності населення медичним обслуговуванням та політикою влади у сфері охорони здоров'я;

другий варіант – продовження модернізації тільки переважно ПМД без змін у забезпеченні населення послугами ВМД і ТМД, системі громадської охорони здоров'я призведе до подальшого поглиблення невідповідності між потребами населення у зазначених послугах і обсягами їх надання;

третій варіант – реалізація основ європейської політики «Здоров'я 2020» через комплексний підхід до укріплення здоров'я, профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, підвищення рівня благополуччя населення.

З наведених варіантів переваги має третій варіант, який передбачає здійснення наступного комплексу взаємопов'язаних заходів за багатьма напрямками.

Розробка та впровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування, що передбачатиме створення загальнодержавного пулу коштів на охорону здоров'я у вигляді страхового фонду і забезпечить об'єднання фінансових ресурсів для фінансування за видами медичної

допомоги. При цьому необхідно враховувати, що досвід країн із соціально орієнтованою ринковою економікою свідчить, що навіть при страховій моделі держава та органи місцевого самоврядування фінансують з бюджетів не менше половини видатків на охорону здоров'я.

Запровадження договірних відносин між державою (уповноваженими нею органами) та закладами охорони здоров'я, застосування методів планування та оплати медичної допомоги, орієнтованих на результат, залучення органів місцевого самоврядування до співфінансування закладів охорони здоров'я.

Стимулювання розвитку добровільного медичного страхування та розробки механізмів залучення населення до співоплати наданих послуг для забезпечення їх універсального покриття, стримування витрат і формування попиту.

Оновлення системи управління, яка передбачає створення системи противаг у вигляді професійного самоврядування (лікарі, молодші спеціалісти з медичною освітою, провізори) та саморегульованих організацій надавачів медичної допомоги для чіткого врегулювання прав, обов'язків та відповідальності сторін, а також удосконалення системи моніторингу і підзвітності. Оновлення системи кадрового забезпечення для підвищення якості додипломної та післядипломної підготовки кадрів, визнання українських дипломів у світі.

Подальший розвиток ПМД на засадах сімейної медицини, оптимізація мережі закладів ВМД з урахуванням потреб населення у послугах ВМД/ТМД, з диференціацією ЗОЗ ВМД за інтенсивністю лікування та видами ВМД, чітким визначенням ЗОЗ ТМД.

Запровадження системи управління якістю медичної допомоги.

Формування системи електронної охорони здоров'я та об'єднання інформаційних ресурсів галузі у єдине інформаційне поле.

Забезпечення ефективної фармацевтичної політики.

Здійснення ефективного інформаційно-комунікаційного забезпечення побудови нової системи охорони здоров'я.

Удосконалення лідерства і колективного керівництва в інтересах здоров'я, підвищення відкритості, прозорості та громадської участі органів місцевого самоврядування в забезпеченні надання послуг з охорони здоров'я.

### **Шляхи і способи розв'язання проблеми**

1. Запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, як системи що забезпечує максимально високий рівень об'єднання фінансових ресурсів на охорону здоров'я (загальнодержавний фонд), створення єдиного медичного простору; принцип соціальної солідарності (багатий за бідного, здоровий за хворого), рівність у доступі до медичної допомоги шляхом:

розробки та прийняття відповідного законопроекту;

відпрацювання механізму об'єднання коштів на ОЗ на рівні регіону, підвищення структурної ефективності галузі, автономізації закладів ОЗ та

механізму укладання договорів про медичне обслуговування із забезпеченням їх відповідальності за результати діяльності, апробація ефективних механізмів фінансування, зокрема із застосуванням діагностично-пов'язаних груп для фінансування ВМД і ТМД, стандартизації медичної допомоги.

2. Створення системи професійного самоврядування (лікарі, молодші спеціалісти з медичною освітою, провізори), саморегульованих організацій надавачів медичної допомоги з поступовою, по мірі готовності, передачею певних регуляторних та управлінських функцій до структур громадянського суспільства шляхом:

розробки та прийняття законопроекту «Про самоврядування медичних професій»;

пілотування передачі самоврядним організаціям медичних працівників кваліфікаційної атестації та надання ліцензії на здійснення професійної діяльності;

модернізація система моніторингу діяльності і розвитку сфери ОЗ на основі вдосконалення системи індикаторів та застосування сучасних інформаційних технологій.

3. Удосконалення системи кадрового забезпечення шляхом:

перегляду переліків спеціальностей, з визначенням обмеженого переліку базових спеціальностей на основі європейського досвіду, впровадження принципів базової підготовки та резидентури лише за цим переліком, з можливістю наступного поглиблення спеціалізації;

надання організаціям громадянського суспільства (професійному самоврядуванню медичних працівників та саморегульованим організаціям надавачів медичної допомоги) права участі у оцінці якості підготовки кадрів;

розбудова системи безперервного професійного розвитку і підтримки медичних працівників, розширення доступу до дистанційних форм навчання;

підвищення розмірів оплати праці медичних працівників на рівні не нижчому середнього розміру заробітної плати у промисловості;

формування мотиваційної складової оплати праці медичних працівників в поєднанні з контролем якості медичної допомоги та її безпеки для пацієнтів.

4. Підвищення структурної ефективності сфери охорони здоров'я шляхом:

збільшення фізичної доступності ПМД через розвиток мережі амбулаторій у сільській місцевості і у містах (відповідно до нормативів);

забезпечення підготовки через інститут інтернатури достатньої кількості лікарів загальної практики-сімейних лікарів (далі – ЗП-СЛ) у вищих навчальних закладах з пріоритетністю державного замовлення за бюджетні кошти переважно лікарів ЗП-СЛ, решти – за обмеженими квотами (наприклад, для працевлаштування у депресивних регіонах);

удосконалення системи підготовки організаторів охорони здоров'я;

сприяння впровадженню механізму укладання договорів про медичне обслуговування на рівні закладів, що надають ПМД з лікарями ЗП-СЛ - фізичними особами-підприємцями;

забезпечення доступу до ВМД та ТМД через направлення лікаря ПМД;  
збільшення доступності ЕМД шляхом розширення мережі пунктів постійного/тимчасового базування бригад ЕМД, оновлення автопарку санітарного транспорту, впровадження централізованої (на рівні регіону) диспетчеризації і маршрутизації;

затвердження нормативів забезпеченості ліжками цілодобового стаціонару з виділенням складової для інтенсивного лікування;

чіткого визначення переліку захворювань і станів, що обслуговуються у ЗОЗ, що надають ТМД;

формування (концентрація) потужностей з інтенсивного лікування у багатопрофільних лікарнях інтенсивного лікування та спеціалізацією інших закладів відповідно до потреб населення (паліативна допомога, медична реабілітація тощо);

залучення інвестицій на технічне переоснащення та реконструкцію ЗОЗ, що надають ВМД та ТМД;

розвиток структур із забезпечення стаціонарозамінних технологій, у т.ч. хірургії однієї доби тощо;

розширення повноважень молодших спеціалістів з медичною освітою у наданні медичної допомоги відповідно до світового досвіду.

5. Забезпечення ефективної профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань шляхом:

поступового (до 2020 року) впровадження інтегрованого надання ПМД лікарем загальної практики-сімейним лікарем та медсестрою загальної практики-сімейної медицини;

інвестування у належне оснащення ЗОЗ ПМД;

впровадження ефективних механізмів фінансування і мотивації праці (зокрема, до здійснення профілактичних заходів);

формування системи громадської охорони (санітарно-епідеміологічна служба, центри здоров'я, координація з ПМД та іншими секторами – освіта, соціальні та комунальні служби тощо, створення центрів контролю за захворюваннями).

6. Забезпечення збільшення ефективності використання фінансових ресурсів шляхом:

впровадження надання медичної допомоги на договірних засадах;

фінансування ЗОЗ відповідно до обсягу і якості наданих послуг (ПМД – подушний норматив, індикатори якості та цільове фінансування профілактики, ВМД і ТМД – глобальний бюджет з поступовим впровадженням оплати із застосуванням діагностично-пов'язаних груп).

7. Інформатизація галузі шляхом:

запровадження електронної охорони здоров'я, єдиного реєстру пацієнтів та об'єднання інших інформаційних ресурсів в єдине інформаційне поле;

- забезпечення інформатизації ЗОЗ;
- запровадження сучасної системи обліку і звітності;
- запровадження рейтингової оцінки модернізації галузі на місцевому рівні (регіон, окрема територія);
- поступового переходу на електронний документообіг.
- 8. Запровадження системи управління якістю медичної допомоги на рівні держави, регіону, ЗОЗ, медичного працівника, зокрема, моніторингу задоволеності пацієнтів її якістю.
- 9. Забезпечення ефективної фармацевтичної політики через:
  - спрощення та раціоналізації дозвільної системи, збалансування системи контролю;
  - стимулювання імпортозаміщення.
  - впровадження державного регулювання цін на ЛЗ з застосуванням референтних цін;
  - розширення застосування механізму відшкодування вартості ЛЗ (реімбурсації);
  - модернізацію мережі аптечних закладів у систему, що надає медико-фармацевтичні послуги.
- 10. Здійснення ефективного інформаційно-комунікаційного забезпечення побудови нової системи охорони здоров'я та моніторингу громадської думки.
- 11. Забезпечення наукового супроводу створення нової системи охорони здоров'я країни.

#### **Очікувані результати виконання, визначення її ефективності**

- скорочення середньої тривалості перебування в стаціонарі на 5 днів від середньоукраїнського показника у базовому році (2014 рік);
- збільшення до 40% питомої ваги хворих, що отримують медичну допомогу у денних стаціонарах та хірургічних стаціонарах однієї доби від загальної кількості пролікованих у стаціонарах ЗОЗ ВМД та ТМД;
- госпіталізація 80% пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (далі – ГІМ) та гострим порушенням мозкового кровообігу (далі – ГПМК), політравмою в спеціалізовані відділення;
- 80% хірургічних втручань ("великих" оперативних втручань) у ЗОЗ ВМД, де кількість таких втручань у рік становить понад 2000;
- 80% пологів у ЗОЗ ВМД, де кількість пологів у рік становить понад 400
- досягнення рівня показника у країнах центральної і східної Європи питомої ваги пацієнтів з ГПМК та ГІМ, які отримали лікування із застосуванням тромболілізу у межах «терапевтичного вікна» ;
- зниження рівня госпіталізації (на 100 населення) на 20%;
- зниження показника візитів до лікарів-спеціалістів ВМД (на 1000 населення) на 30%;
- зниження показника викликів ЕМД (ШМД) (на 100 населення) на 30%;
- збільшення охоплення пацієнтів з артеріальною гіпертензією контрольованим лікуванням;



збільшення показників охоплення профілактичними заходами (у т.ч. груп високого ризику):

- скринінгом на виявлення новоутворень шийки матки;
- скринінгом на виявлення новоутворень молочної залози;
- скринінгом на дисліпідемії;
- скринінгом на виявлення артеріальної гіпертензії;
- скринінгом на виявлення цукрового діабету;
- охоплення флюорообстеженням (група високого ризику);
- охоплення профілактичними щепленнями категорій населення, що

підлягали щепленню;

частка витрат на стаціонарну допомогу у загальних витратах на охорону здоров'я на рівні 46%;

частка лікарів загальної практики-сімейних лікарів у загальній кількості лікарів від загальної кількості лікарів – 40%.

частка витрат на ПМД від загальних обсягів фінансування галузі охорони здоров'я – 30%.

забезпеченість ліжками для інтенсивного лікування у 303 ВМД та ТМД (багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування та ліжка для інтенсивного лікування високоспеціалізованих центрів) – 46 на 10 тис. населення;

зменшення летальності стаціонарах від ГІМ на 25%, від інсульту – на 40%, від травм – на 35% порівняно з середньоукраїнським показником у базовому році.

### **Обсяг фінансових ресурсів**

Фінансування заходів з реалізації Концепції потребує додаткових коштів для запровадження системи загальнообов'язкового медичного страхування.

Для виконання заходів Концепції також можуть залучатися міжнародні джерела інформаційної, технічної та фінансової допомоги.