

Стратегія і політика реформування системи охорони здоров'я в Україні

Семінар

**Слабкий Г.О.
д.мед.н., професор**

План проведення семінару

- Визначення мети семінару.
- Визначення мети реформи та аналіз законодавчого і нормативно-правового забезпечення реформи ОЗ.
- Чинники реформи ОЗ.
- Методологія реформи первинної, вторинної та третинної медичної допомоги.
- Запровадження сучасних економічних механізмів в ОЗ.
- Висновки.

МЕТА СЕМІНАРУ:

Формування аналітичного підходу до державної політики з реформування системи охорони здоров'я в Україні.

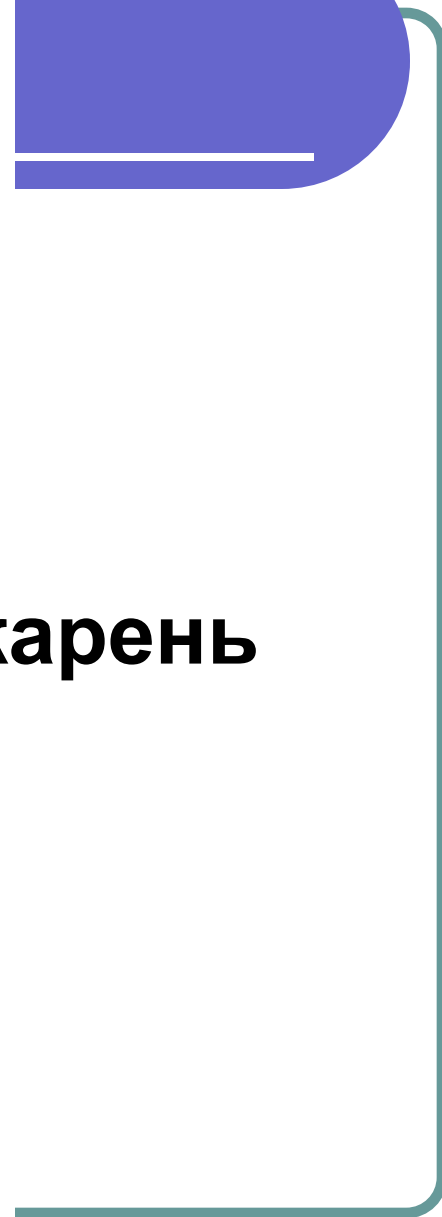
- Завдання:
- ознайомлення з основами державної соціальної політики з **стратегією і політикою з реформування системи охорони здоров'я в Україні;**
-
- формування аналітичного підходу до сучасної світової й європейської політики та стратегії в галузі охорони здоров'я; обґрунтування національних програм реформи до концепцій Всесвітньої організації охорони здоров'я;
- розкриття суті державної політики з підвищення ефективності системи ОЗ з аналізом державної політики щодо перебудови охорони здоров'я в Україні;
- формування навичок підготовки до проведення реформи на рівні регіону.

Чинники

що формують потребу в реформуванні системи охорони здоров'я в Україні.



Кількість лікарень

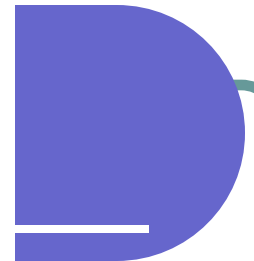




**Кількість
лікарняних ліжок**



Кількість ліжок по областях



**Кількість госпіталізованих
у стаціонари**



**Середній термін
перебування у лікарні**



Кількість закладів ПМСД

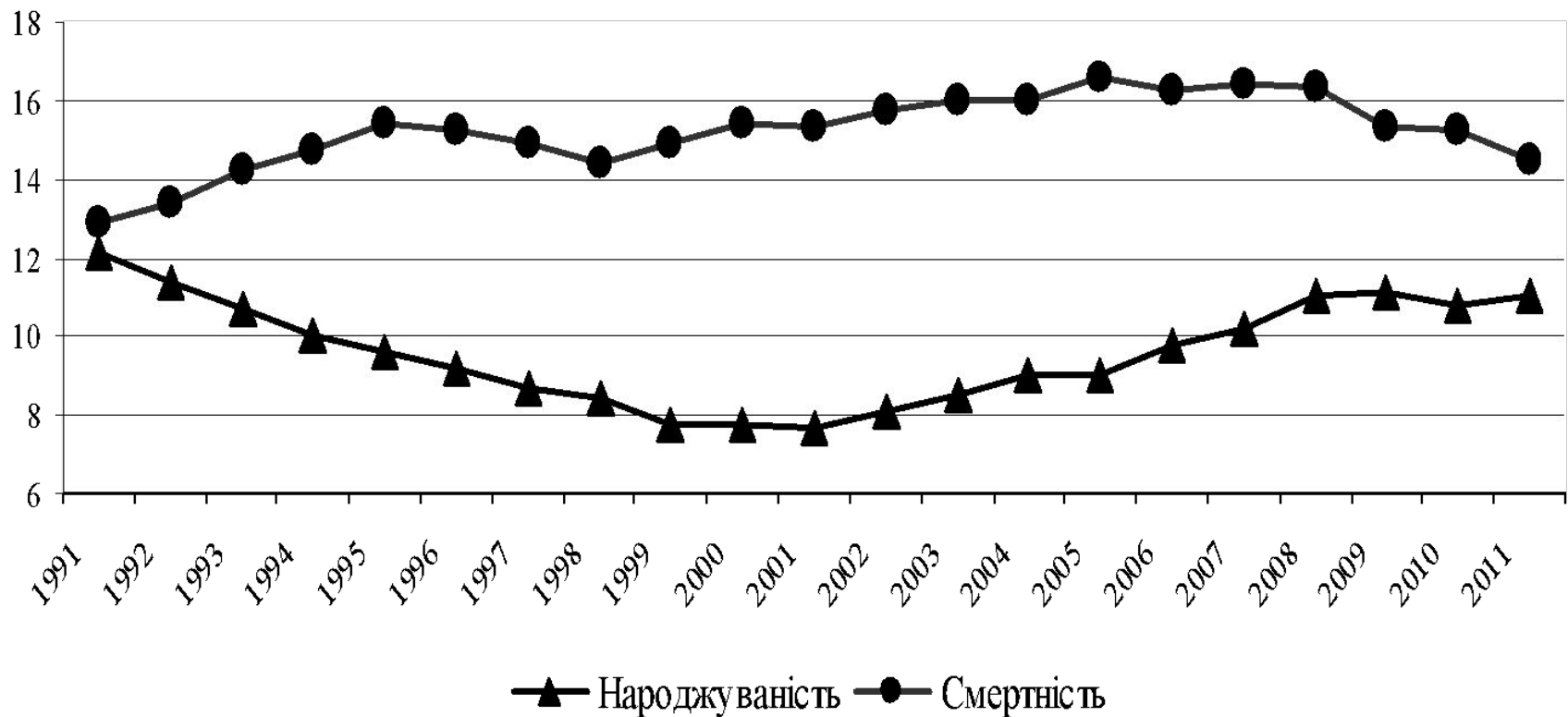




**Кількість лікарів
загальної практики**

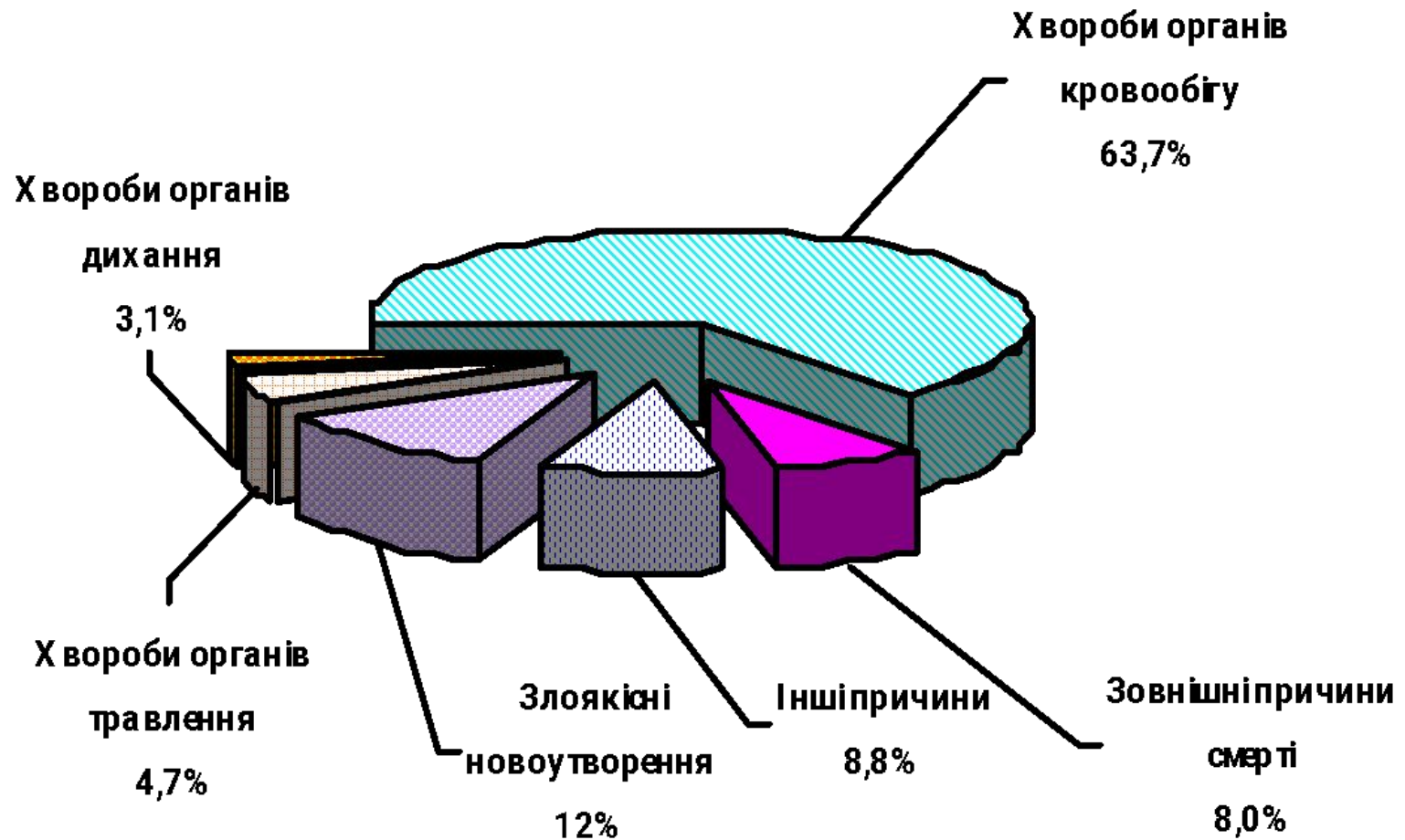


ДИНАМІКА ЗАГАЛЬНИХ КОЕФІЦІЄНТІВ НАРОДЖУВАНOSTІ ТА СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ 1991–2011 РР. (‰)





Структура смертності населення України (%) Все населення



ОЧІКУВАНА ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПРИ НАРОДЖЕННІ У 1990, 2007–2011 РР. (РОКІВ)

Рік, період	Чоловіки			Жінки		
	міські поселення	сільська місцевість	всі поселення	міські поселення	сільська місцевість	всі поселення
1990	66,50	64,50	65,90	75,00	74,80	75,00
2006	62,88	61,02	62,27	74,06	73,22	73,80
2007	62,56	60,17	61,78	73,99	73,01	73,70
2008	63,09	60,62	62,28	74,22	73,24	73,93
2009	65,16	62,74	64,36	75,22	74,01	74,85
2010	65,92	63,77	65,21	75,53	74,46	75,20
2011	66,53	64,41	65,84	75,99	74,92	75,67
<i>Зростання (років)</i>						
2007–2008	0,53	0,45	0,50	0,23	0,23	0,23
2008–2009	2,07	2,12	2,08	1,00	0,77	0,92
2009–2010	0,76	1,04	0,85	0,31	0,45	0,35
2010–2011	0,62	0,64	0,62	0,47	0,46	0,47
2007–2011	3,97	4,24	4,06	2,00	1,91	1,97

СИТУАЦІЯ В УКРАЇНІ

Одна третя українців промирає передчасно у віці до 65 років.

Приблизно половина смертей у віці до 75 років в Україні можна було попередити за допомогою профілактики та лікування

:

- 94% смертей, визваних головними факторами ризику - курінням, зловживанням алкоголем та ризиками безпечного дорожнього руху, які разом в 2004 році стали причиною 17% смертності можна було попередити за допомогою належної профілактики
- 25% прередчасних смертей в Укране в 2004 році можна было попередити за допомогою ефективного лікування
- 80% смертей среди чоловіків працездатного віку та 30% смертей среди жінок працездатного віку можна було попередити шляхом належного лікування на рівні первинної медико-санітарної допомоги

Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. — К.: ВЕР СО-04 - 2009. - 72 с. (Світовий Банк)

СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

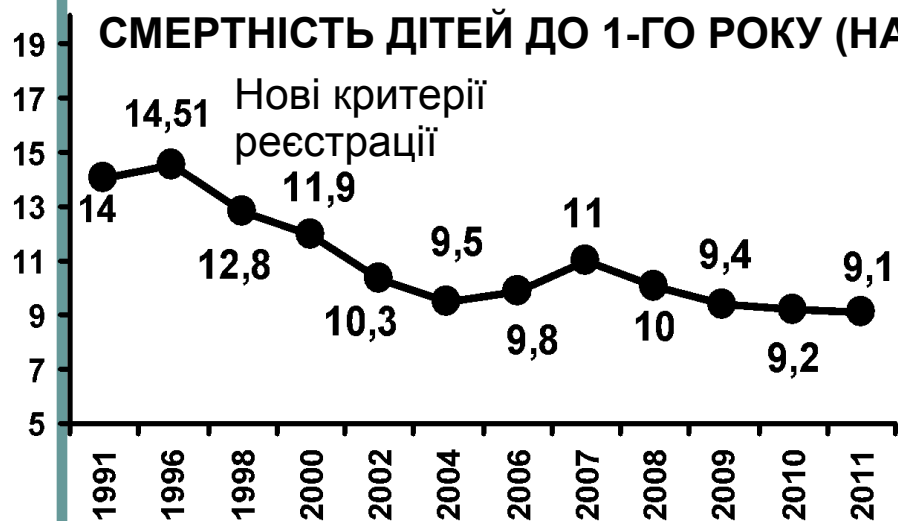


• СМЕРТНІСТЬ (на 1 тис. населення)	16,3	6,7
• ОЧІКУВАНА ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ, років	68,1	74,0
• ОЧІКУВАНА ТРИВАЛІСТЬ ЗДОРОВОГО ЖИТТЯ, років	59,2	67,0
• ПРИРОДНИЙ ПРИРІСТ НАСЕЛЕННЯ (на 1 тис. населення)	- 5,7	+ 4,1

ПОКАЗНИКИ МАТЕРИНСЬКОЇ ТА МАЛЮКОВОЇ СМЕРТНОСТІ ЗА 1991-2011 РР.

СМЕРТНІСТЬ ДІТЕЙ ДО 1-ГО РОКУ (НА 1000)

Нові критерії реєстрації



Європейській регіон

2009 рік - 7,37

ЄС – 2009 рік – 4,27

МАТЕРИНСЬКА СМЕРТНІСТЬ (НА 100 000)

Епідемія грипу

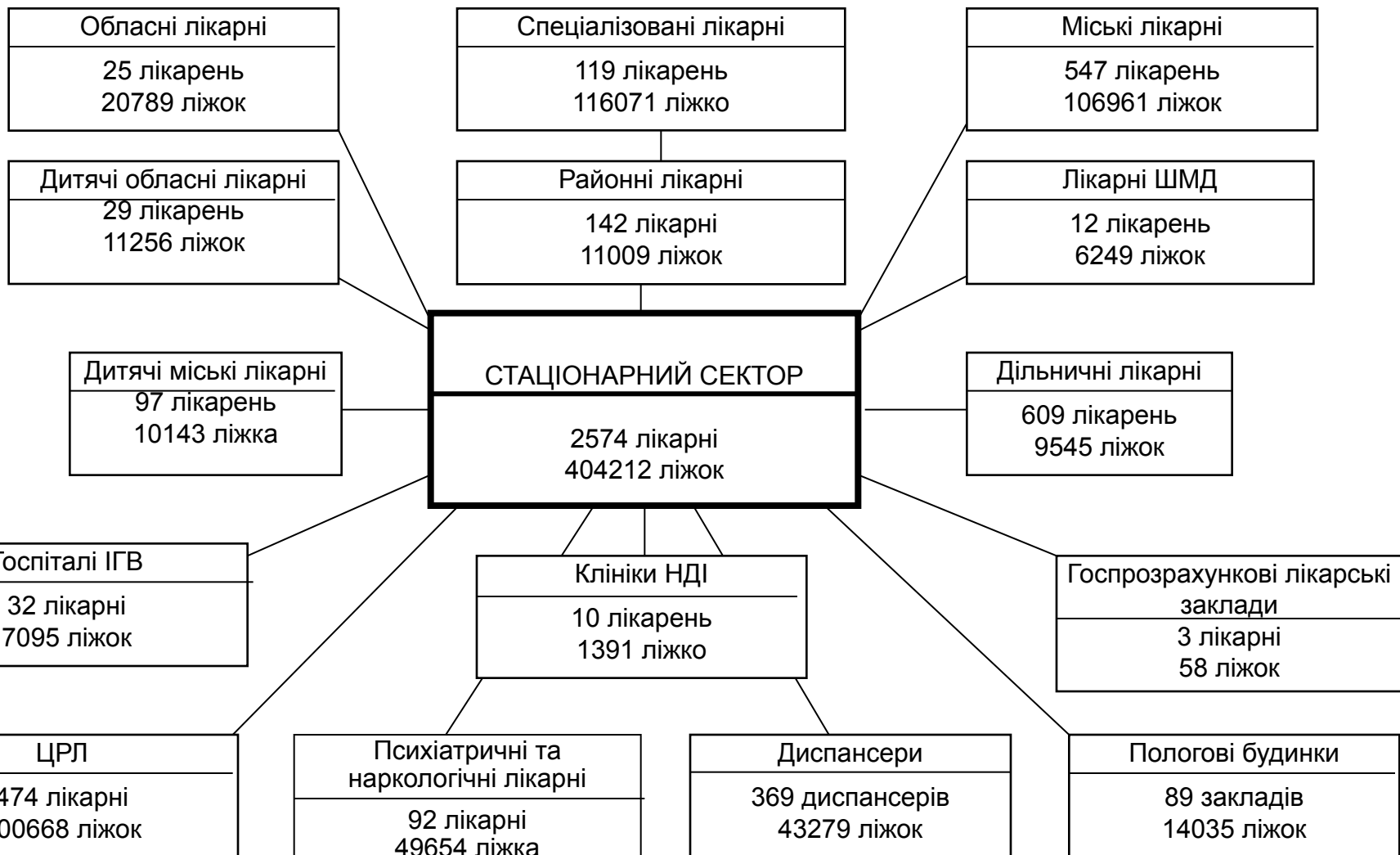


Європейській регіон

2009 рік - 25,9

ЄС – 2009 рік – 6,33

СТРУКТУРА СТАЦІОНАРНОЇ ДОПОМОГИ МОЗ УКРАЇНИ



РОЗВИТОК ПМСД

- Кількість лікарів – **13930**
(при потребі – **35900**)
- Обслуговується населення – **47,5%**
- **86,9%** звертається на вторинний рівень без попереднього направлення сімейним лікарем

РІВЕНЬ ВИКОНАННЯ СТАНДАРТІВ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

Профіль	Кількість обстежень	Діагностичні обстеження						Обсяг лікувальних заходів					
		Відповідає стандарту		Нижчий за стандарт		Вищий за стандарт		Відповідає стандарту		Нижчий за стандарт		Вищий за стандарт	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гастроентерологія	460	57	12,4	174	37,8	229	49,8	43	9,3	201	43,7	216	47,0
Кардіологія	520	89	17,1	217	41,7	214	41,2	101	19,4	249	47,9	170	32,7
Неврологія	482	56	11,6	193	40,0	233	48,4	98	20,3	217	45,0	167	34,7
Пульмонологія	514	92	17,8	209	40,7	213	41,5	134	26,1	203	39,5	177	34,4
Ендокринологія	387	76	19,6	54	13,9	257	66,5	96	24,8	47	12,1	244	63,1
Хірургія	715	103	14,4	286	40,0	326	45,6	159	22,2	293	40,9	263	36,9
Пологові	409	195	47,7	7	1,7	207	50,6	301	73,6	2	0,2	106	25,9
УСЬОГО	3487	668	19,2	1140	32,7	1679	48,1	932	26,7	1212	34,8	1343	38,5

ЗАЛЕЖНІСТЬ РІВНЯ ВИКОНАННЯ СТАНДАРТУ ВІД ПОТУЖНОСТІ ЛІКАРНІ (%)

№ з/п	Потужність	Рівень виконання стандарту	Невиконання, обсяг:	
			Нижчий за стандарт	Більший за стандарт
1.	До 100 ліжок	8,4	65,5	26,1
2.	100-200 ліжок	19,1	49,6	31,3
3.	201-300 ліжок	26,3	28,9	44,8
4.	Більше 300 ліжок	31,4	19,6	49,0



КІЛЬКІСТЬ ДИХАЛЬНИХ АПАРАТІВ НА 1 ЛІЖКО ІТ В ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ІІ-ІІІ РІВНІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА АДМІНІСТРАТИВНИМИ ТЕРИТОРІЯМИ УКРАЇНИ



ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ДІАГНОСТИЧНИМ ПРОЦЕСОМ (%)

Показник	Госпіталізовані					
	Планово			Ургентно		
	Так	Ні	Не визначились	Так	Ні	Не визначились
Наявність в медичному закладі необхідних діагностичних методів	68,5	28,6	2,9	93,4	5,3	1,3
Повне обстеження в першу добу перебування в стаціонарі	57,8	36,8	5,4	91,7	5,9	2,4
Інформування лікарем про сутність назначеного методу	15,7	74,9	9,4	23,6	62,8	13,6
Надання інформованої згоди на обстеження	1,4	98,6	-	0,8	92,6	6,6
Безоплатність лабораторних методів	48,6	51,4	-	96,4	3,7	-
Додержання етичних норм під час обстеження	74,5	21,8	3,7	68,3	23,3	5,4
Додержання санітарно-гігієнічних умов проведення досліджень	68,0	23,8	7,8	76,5	13,9	9,6

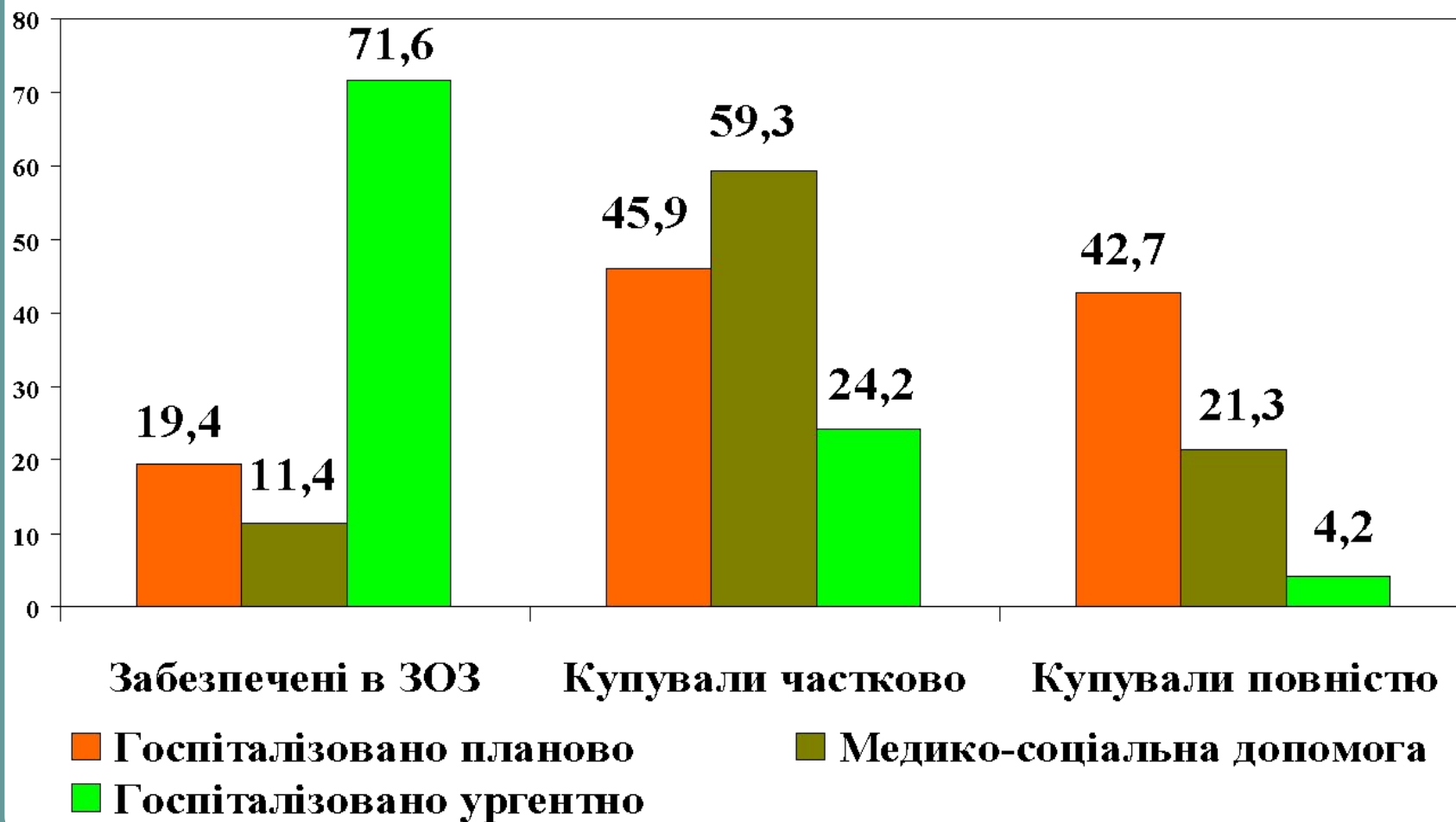
ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (%)

Показник	Задоволені	Не задоволені	Не визначилися
I. Профіль відділень			
Загально терапевтичного профілю	39,7	48,8	11,5
Загально хірургічного профілю	44,2	45,4	10,4
Спеціалізоване терапевтичного профілю	79,6	17,2	3,2
Спеціалізоване хірургічного профілю	84,9	10,8	4,3
II. Потужність лікарні			
До 200 ліжок	48,7	47,4	3,9
200-300 ліжок	56,9	40,9	2,2
300 ліжок і більше	79,3	16,1	4,6

ЧИННИКИ, ЩО ФОРМУЮТЬ РІВЕНЬ ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (%)

Чинник	Позитивно	Негативно	Важко відповісти
Наявність інформації про методи лікування, що використовуються в лікарні	35,2	58,1	6,7
Інформованість про стандарти лікування	12,6	77,1	10,3
Доступність сучасних методів лікування	53,9	37,2	8,9
Психологічна обстановка сприяє видужуванню	8,9	80,8	10,3
Графік прийому процедур виважений і сприяє видужуванню	5,6	85,5	8,9
Застосування дієтичного харчування в лікувальному комплексі	3,8	90,9	5,3
Наявність умов для відпочинку	12,4	78,0	9,6
Конфіденційність інформації про діагноз та методи лікування	12,4	77,3	10,3

ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЛІКАМИ ТА ЗАСОБАМИ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ



НЕОБҐРУНТОВАНІСТЬ ТЕРМІНУ ПЕРЕБУВАННЯ У СТАЦІОНАРІ

- **42,0%** - повинні отримувати лікування в стаціонаророзамінних формах
- **5,7%** - потребували медико-соціальної допомоги
- **від 56,3%** травматологічного профілю **до 87,4%** терапевтичного профілю - відсутність підготовки до планової госпіталізації в залежності від профілю пацієнтів
- **2,7 дня** – необґрунтовано довгі терміни перебування в стаціонарі
- **87,4%** - повторення обстежень, які були виконані при підготовці до госпіталізації

ДАНІ ПРО ПОВТОРНІ ОБСТЕЖЕННЯ У СТАЦІОНАРІ (400 історій хвороб)

Обстеження	Кількість	Собівартість одного обстеження (грн.)	Затрачена сума (грн.)
Аналіз крові загальний	78	5-19	404-82
Аналіз крові клінічний	196	11-99	2350-04
Аналіз сечі загальний	274	7-54	2065-96
Аналіз крові на:			
- білірубін	73	6-67	486-91
- АЛТ	73	8-15	594-95
- АСТ	73	8-15	594-95
- трансамінази	73	6-67	486-91
- холестерин	91	6-67	606-97
- серомукоїд	48	5-65	271-20
ЕКГ	123	7-58	932-34
Фіброгастродуоденоскопія	19	36-00	684-00
Рентгендослідження	64	23-27	1489-28
УСЬОГО	-	-	10968-33

ОБЛАСНІ ЛІКАРНІ

- До 42,2% пацієнтів можуть лікуватися на вторинному рівні
- Невідповідність умов для надання допомоги третинного рівня
- Приклад:
Кількість ліжок ІТ – 3,0% (0,8–7,0%)
52,5% організована цілодобова робота експрес-лабораторій

Інтенсивна медична допомога

- ГОТОВНІСТЬ до надання та результати

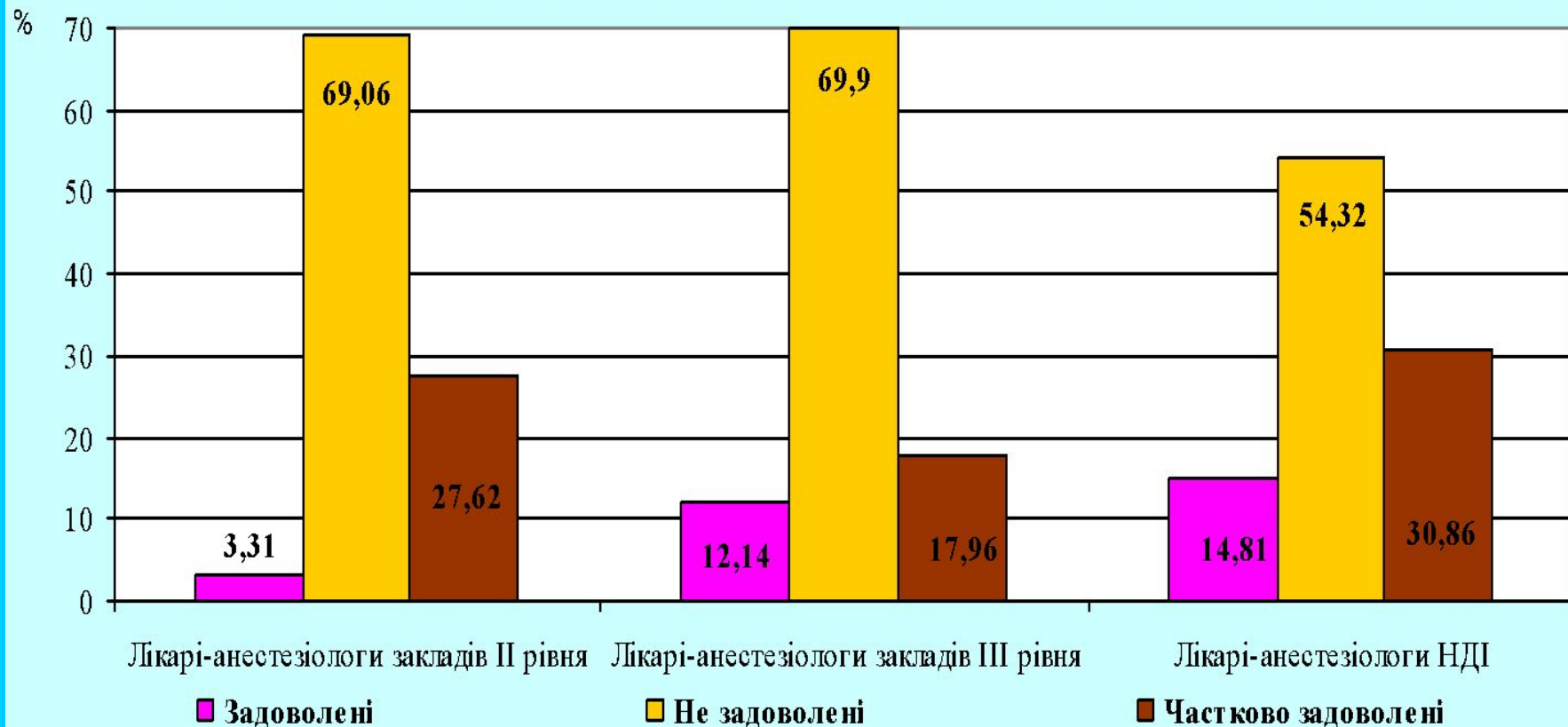
Приймальні відділення

- При аналізі готовності приймальних відділень до надання якісної інтенсивної терапії встановлено, що лише третина з них мають розгорнуті протишокові палати при їх відсутності в 75% міських, 66,5% центральних районних та 62% обласних лікарень.
- 68,8% приймальних відділень взагалі не готові до надання інтенсивної допомоги, що свідчить про зростання ризику летальності.

НАЯВНІСТЬ ДОСТУПУ ДО МЕРЕЖІ ІНТЕРНЕТ В ПІДРОЗДІЛАХ ІТ РІЗНОГО ТИПУ ЛІКАРЕНЬ

ТИП ЛІКАРНІ	КІЛЬКІСТЬ ЛІКАРЕНЬ (усього)	із них ті, що мають доступ до Інтернет		КІЛЬКІСТЬ ПІДРОЗДІЛІВ ІТ (усього)	із них ті, що мають доступ до Інтернет	
		абс.	%		абс.	%
Обласні лікарні	26	24	92,31	84	39	46,43
Міські лікарні	243	123	50,62	274	36	13,14
Центральні районні лікарні	486	328	67,49	486	20	4,12
<i>УСЬОГО ПО УКРАЇНІ</i>	755	475	62,91	863	95	11,03

АНАЛІЗ ЗАДОВОЛЕНОСТІ РЕСПОНДЕНТІВ РІВНЕМ МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІДДІЛЕНЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ СВОЇХ ЛІКАРЕНЬ



РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ДІЯЛЬНОСТІ СЛУЖБИ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

- **Летальність:**

ЦРЛ – 9,13% (8,52-9,73%)

МЛ – 12,9% (11,52-14,29%)

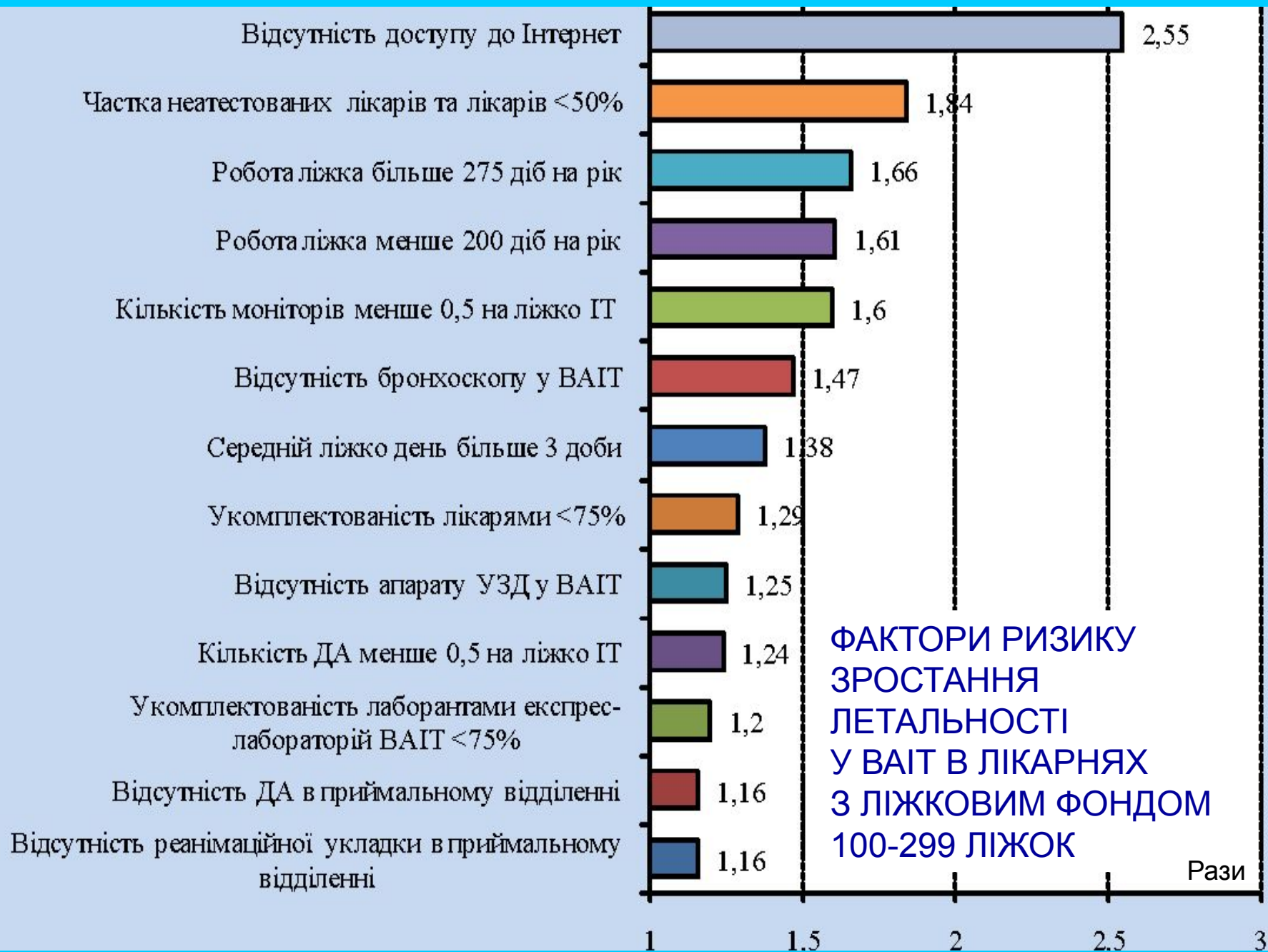
ОЛ – 13,7% (10,37-16,42%)

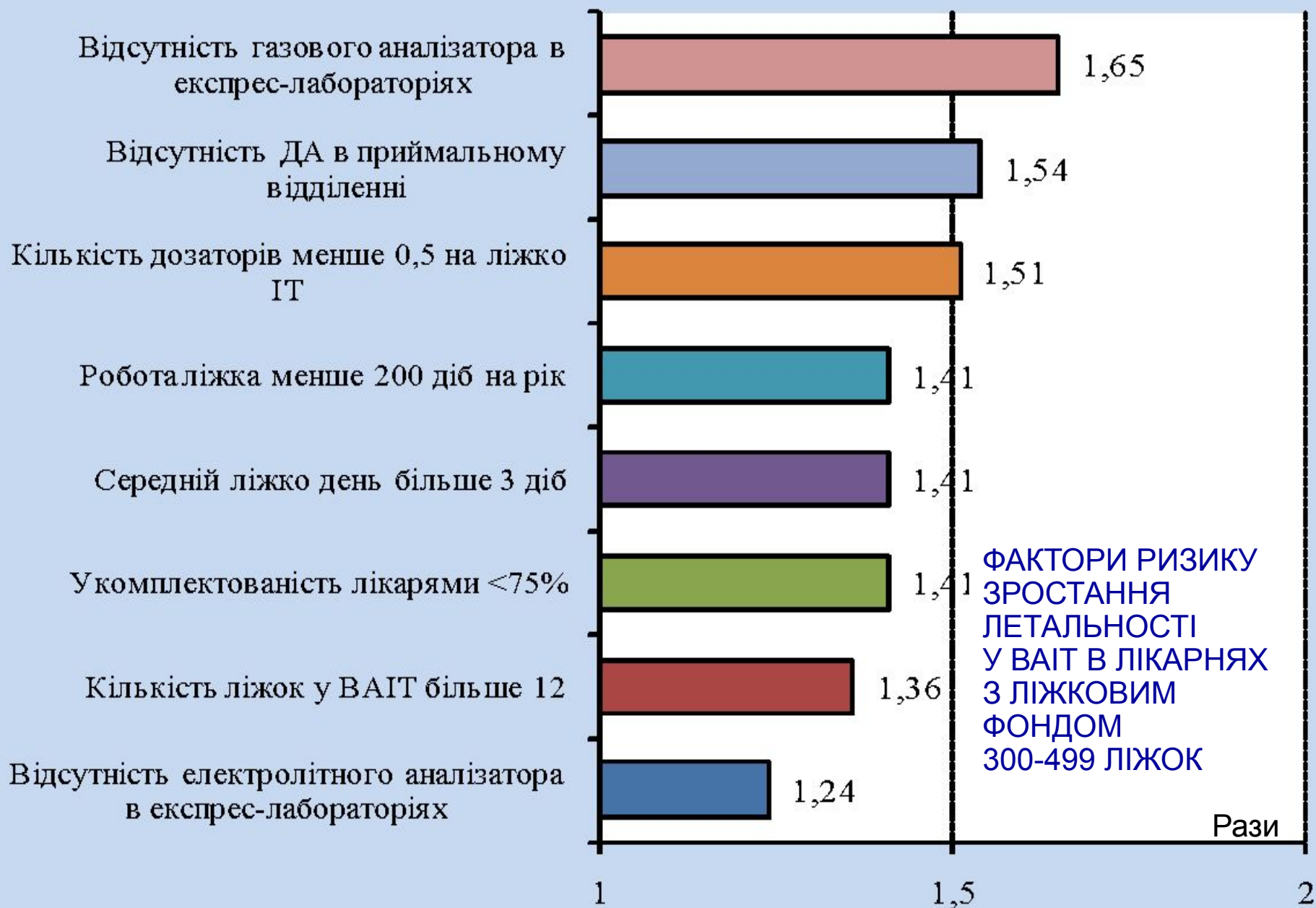
- **Ускладнення – не обліковуються**
- **Виконання стандартів – до 31% випадків**
- **Виконання стандартів безпеки пацієнтів – відсутні**



Якість через стандарти

- з клінічними протоколами/медичними стандартами надання допомоги ознайомлені 79,6% лікарів ЛПЗ другого рівня та 85% лікарів обласних лікарень, в клінічній практиці їх використовують відповідно 52 і 64% спеціалістів.
- Крім того, аналіз протоколів/стандартів з використанням методики AGREE засвідчив невідповідність міжнародній методології їх розробки та принципам доказової медицини.





ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ

- **Як комплексна складова лікувального процесу на всіх рівнях використовується епізодично**
- **Широке впровадження призводить до зниження звертальності в 3,3 разу, госпіталізації – 2,3 разу**
- **1 вкладена гривня – 3,2 гривні прибутку**

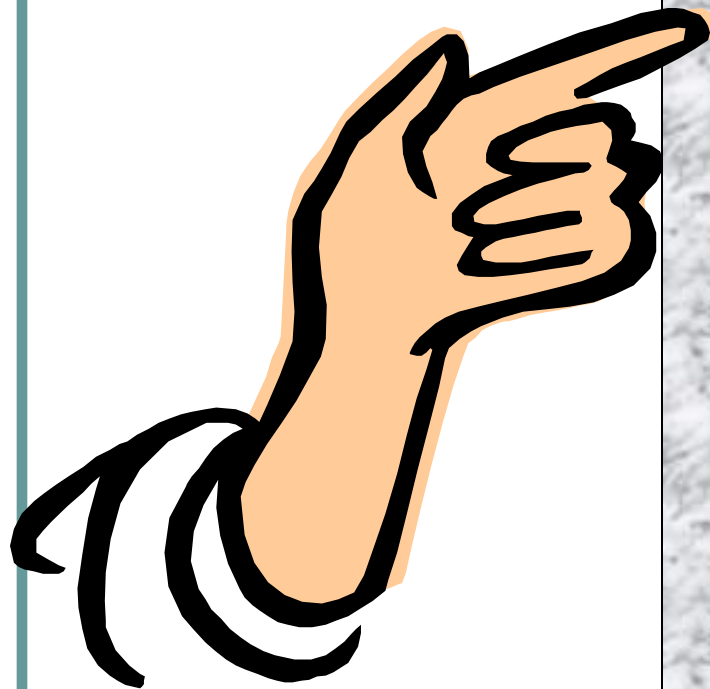
ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА

**ЯК ОРГАНІЗАЦІЙНА СЛУЖБА В
УКРАЇНІ ВІДСУТНЯ**

**Відсутня сучасна система
знеболювання при
хронічному болю**

ПРОФІЛАКТИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ

- **Роль знижена, зростає хронізація захворювань**
- **Реорганізовано Центри здоров'я**
- **Практичні лікарі не проводять роботу з формування ЗОЗ**



**ПРОВІДНА ПРОБЛЕМА
УКРАЇНСЬКОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я –
НЕВІДПОВІДНІСТЬ ДІЮЧОЇ В УКРАЇНІ
СТАРОЇ РАДЯНСЬКОЇ МОДЕЛІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
(МОДЕЛІ СЕМАШКО), ПРИЗНАЧЕНОЇ
ДЛЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ
В УМОВАХ ПЛАНОВОЇ ЕКОНОМІКИ,
СУЧАСНИМ РЕАЛІЯМ**

НЕДОЛІКИ ДІЮЧОЇ В УКРАЇНІ МОДЕЛІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- ❖ Зосередженість на вирішенні потреб галузі, а не на задоволенні медичних потреб населення
- ❖ Неефективність структури системи та деформованість структури медичних послуг
- ❖ Недостатність обсягів фінансування з громадських джерел, що призводить до порушення принципів справедливості та солідарності
- ❖ Розпорошеність та неефективність використання наявних ресурсів охорони здоров'я

- ❖ *Неадекватні методи фінансування медичних закладів*
- ❖ *Неадекватна система оплати праці медичного персоналу*
- ❖ В цілому існуюча система фінансування охорони здоров'я не забезпечує результативного захисту населення від фінансових ризиків, пов'язаних з необхідністю оплати медичних послуг у випадку захворювання[1] та не сприяє ефективному використанню ресурсів системи.

Неефективність структури медичного обслуговування

- *В Україні не існує чіткого розподілу на служби первинної і вторинної допомоги*
- *Первинна ланка практично не впливає на медичний маршрут пацієнта*
- *Надлишкова кількість стаціонарних закладів та лікарняних ліжок*
- *Надмірна спеціалізація лікарень*

Проблеми вторинної медичної ДОПОМОГИ

- *Відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від інтенсивності лікування*
- *Існування паралельних систем лікарняних послуг різного підпорядкування (відомчих, державних, комунальних).*
- *Висока зношеність основних фондів в державних та комунальних медичних закладах*
- *Слабкі функціональні відмінності у лікарень вторинного та третинного рівнів*

Інші проблеми

- **Низька якість медичної допомоги**
- **Проблеми медикаментозного забезпечення**
- **Українська охорона здоров'я стоїть на порозі кадрової кризи. Існує дефіцит кадрів, перш за все у первинній ланці загалом та сільській місцевості. Більше 20% пенсійного, і ще 20% – перед пенсійного. Спостерігається наростаюча та некерована міграція медичного персоналу, в т.ч. сусідні країни та за кордон**

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОПЕРЕДНІХ РЕФОРМ

- ❖ Відсутність чітко позначених цілей
- ❖ Відсутність комплексного підходу до проведення реформ
- ❖ Постійний перегляд стратегії реформ
- ❖ Відсутність чіткої політики, яка забезпечує виконання прийнятих рішень
- ❖ Ігнорування науково доведених або перевірених практикою підходів, форм та методів перетворень
- ❖ Істотний вплив на прийняття рішень лобістських груп
- ❖ Низькі темпи реалізації
- ❖ Непослідовність та суперечність дій

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ФАКТОРИ

ПОЛІТИЧНІ,
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ
ПРИЧИНИ

НЕОБХІДНІСТЬ
ЗМІН В
СИСТЕМІ
НАДАННЯ
МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ
НАСЕЛЕННЮ

НЕВІДПОВІДНІСТЬ ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НОВИМ УМОВАМ



ФАКТОРИ, ЩО СПРИЯЮТЬ ЗМІНАМ У ЛІКАРНЯХ



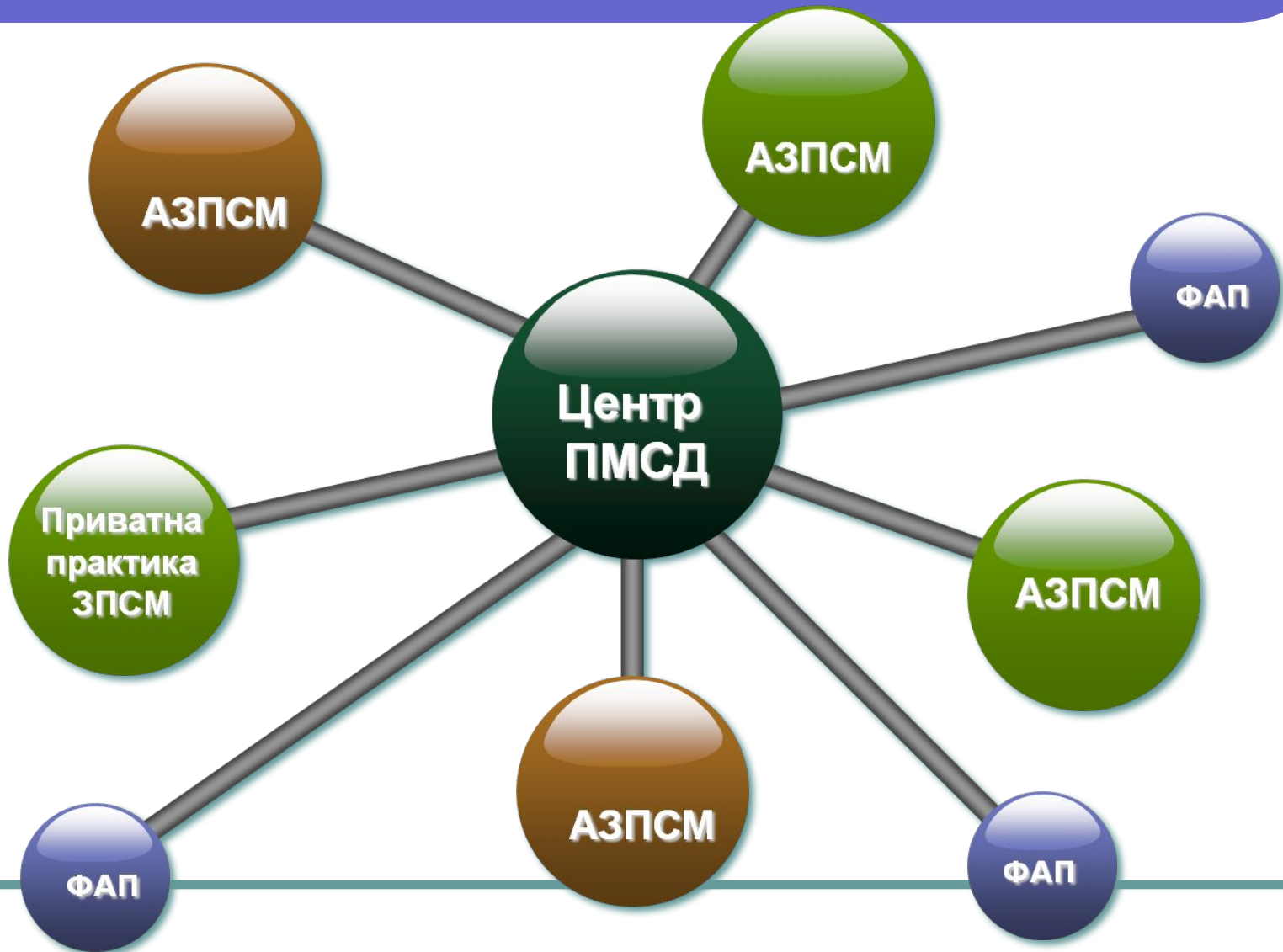
Мета реформування системи охорони здоров'я

- **Забезпечити рівний і справедливий доступ всіх членів суспільства до медичних послуг, високу її якість та її своєчасність**

Нормативно-правові акти України з реформування системи охорони здоров'я

- Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві»;
- Закон України «Основ законодавства України про охорону здоров'я», «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я та закупівлі медичних послуг»;
- Розроблені положення: « Договір про закупівлю медичних послуг», «Порядок укладення договорів про закупівлю медичних послуг», «Порядок реалізації права вибору пацієнтом лікаря», Порядок направлення пацієнтів до закладу охорони здоров'я»;
- Розроблені плани-графіки впровадження реформи на рівні територіальних органів охорони здоров'я;
- Наказ МОЗ України від 19.08.2011 № 524 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо організації підготовки проектів актів, необхідних для забезпечення реалізації Закону України від 7 липня 2011 року N 3612-VI "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»;

СТРУКТУРНА РЕОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОГО РІВНЯ



ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В МІСТАХ

Підприємство
ЦПМСД

Амбулаторія

ОРІЄНТОВНИЙ НОРМАТИВ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ЦПМСД В МІСТІ:

Амбулаторія

Місто від 30 000 до 100 000 - 1 ЦПМСД
Кількість амбулаторій розраховується
в залежності від місцевої специфіки

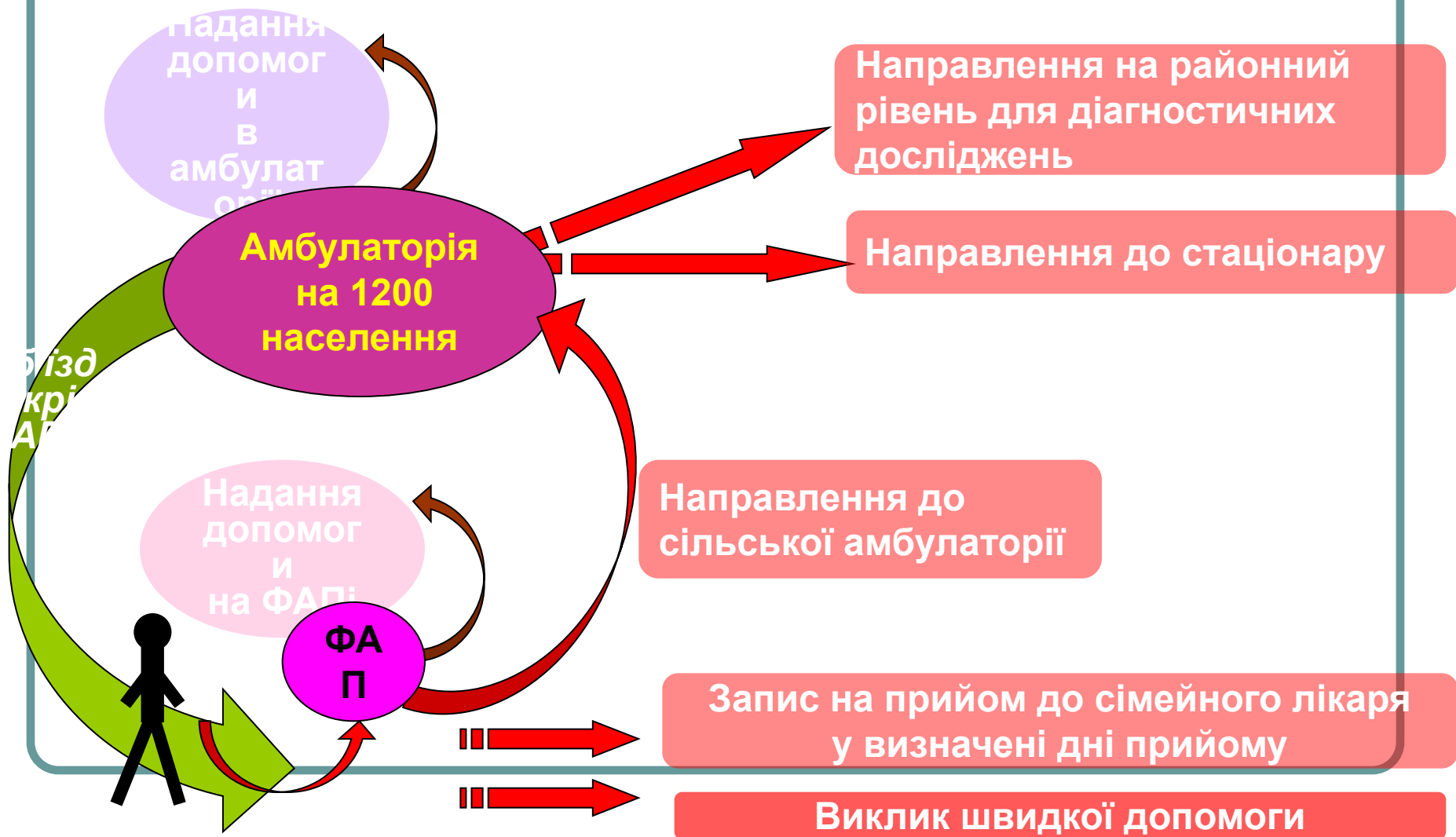
Амбулаторія

Амбулаторія

Розрахована на 2 - 4 лікарів з наявним
1500 до 2000 осіб на 1 лікаря

...введення експрес-діагностики

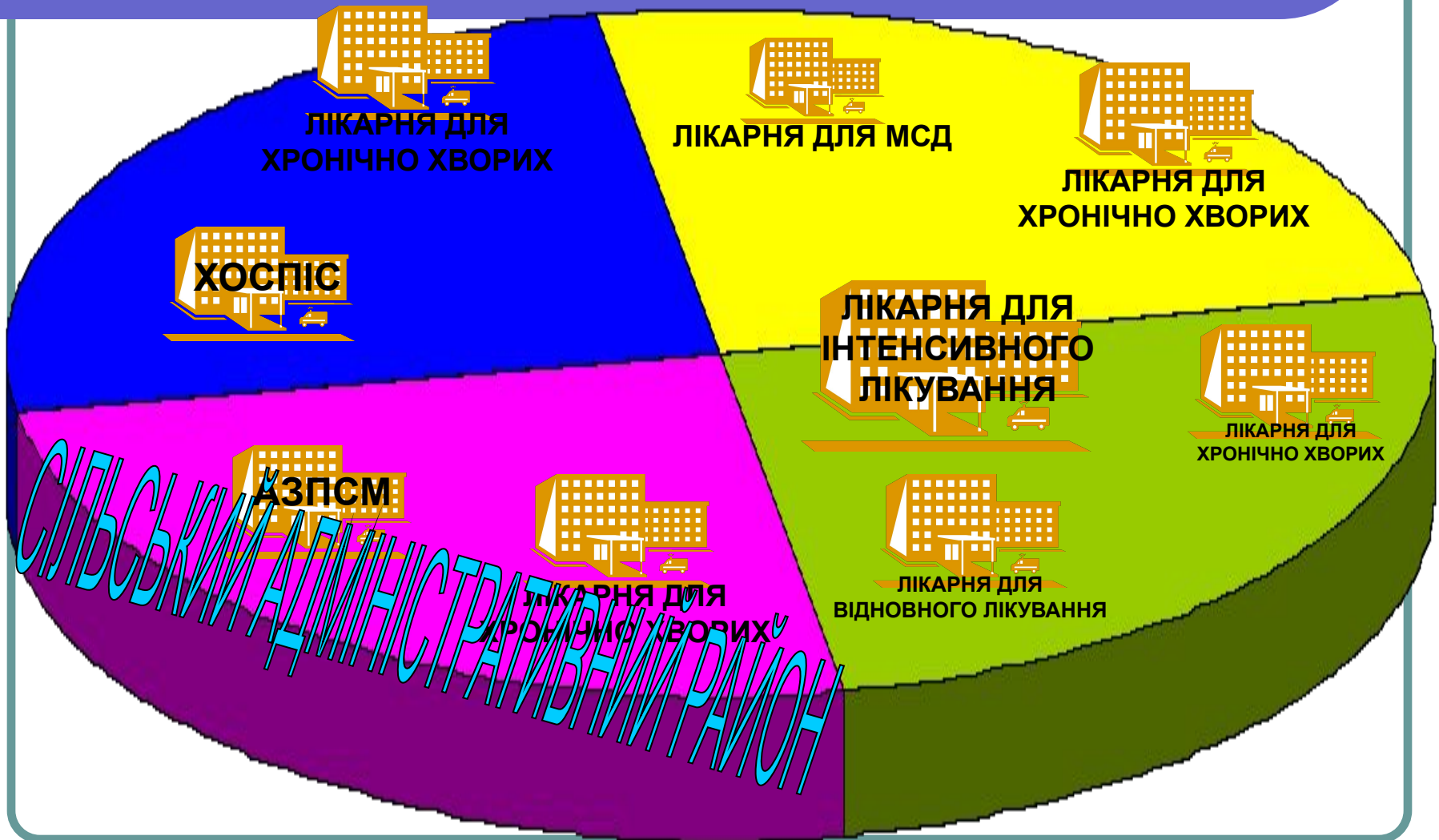
Система роботи з пацієнтом на первинному рівні надання медичної допомоги в сільській місцевості



Госпітальні округи

- Необхідно провести структурну реорганізацію системи охорони здоров'я у відповідності до потреб населення у різних видах медичної допомоги шляхом **створення госпітальних округів**, що об'єднують заклади декількох сільських районів або міст та районів в залежності від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг.

СТРУКТУРНО РЕОРГАНІЗОВАНИЙ ВТОРИННИЙ РІВЕНЬ

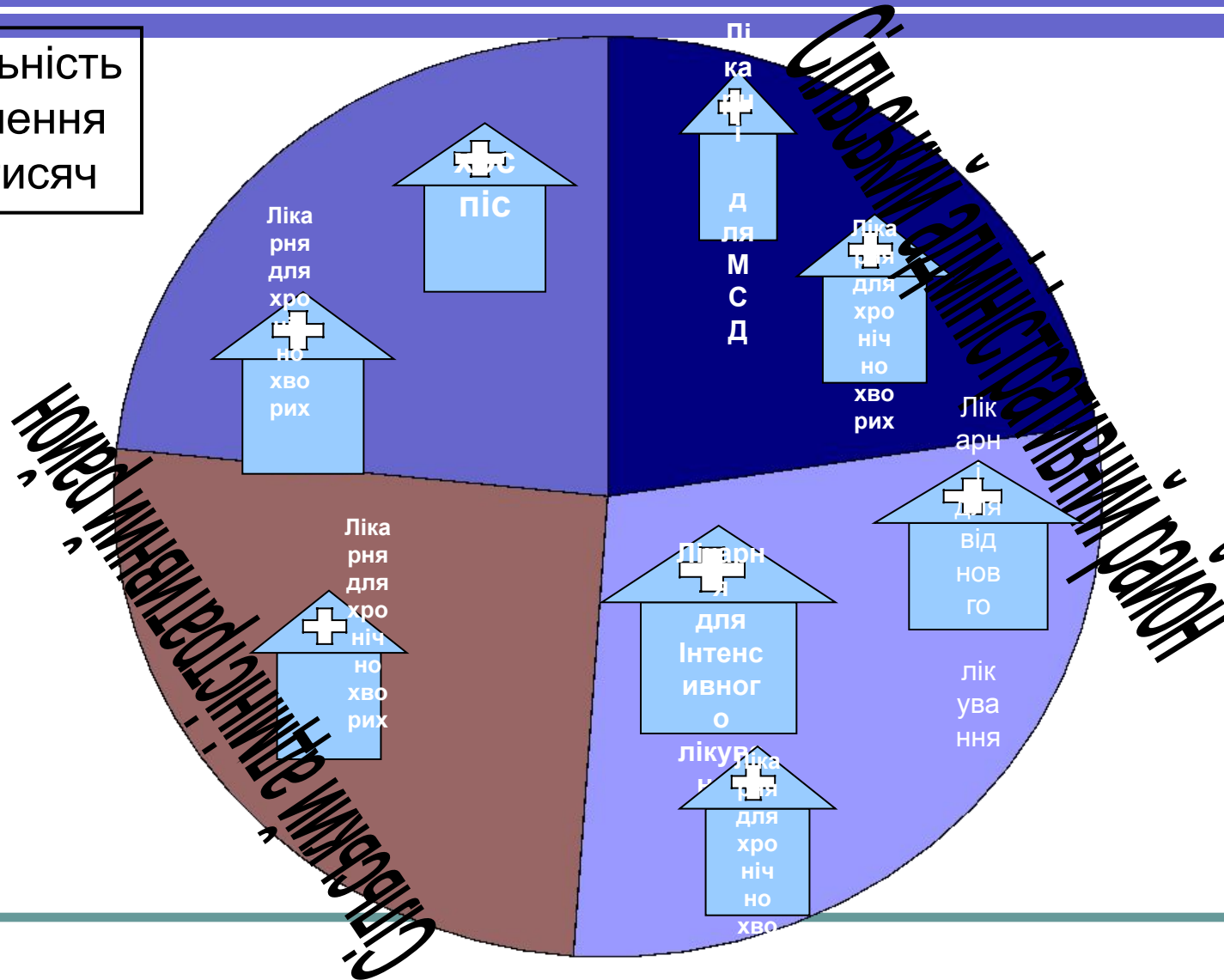


ЧИСЕЛЬНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ДО 150 ТИСЯЧ

Структурна реорганізація

вторинний рівень

Чисельність населення 120 тисяч



На вторинному рівні необхідно провести диференціацію лікарень, виходячи з надання інтенсивної медичної допомоги:

- **лікарні інтенсивної допомоги** – для надання цілодобової медичної допомоги хворим з гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Ресурсне забезпечення лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, високовартісного діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики (організується на базі потужних ЦРЛ або міських лікарень) ;
- **лікарні планового лікування** – для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або доліковування з використанням стандартних схем лікування;

На вторинному рівні необхідно провести диференціацію лікарень, виходячи з надання інтенсивної медичної допомоги:

- **лікарні відновлювального лікування** – для відновлення функцій, порушених в результаті захворювання чи травми, з метою або попередження інвалідності, або реабілітації інвалідів, потребують спеціального обладнання (фізіотерапевтичного, тренажерів для лікувальної фізкультури) ;
- **лікарні “Хоспіси”** – надання паліативної допомоги та психологічної підтримки хворим в термінальному стані (безнадійно) хворим, потребують спеціального оснащення для надання допомоги і догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського персоналу та широке залучення працівників соціольних служб та волонтерів;
- **лікарня для надання медико-соціальної допомоги** – забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хворим з хронічними захворюваннями. Цей заклад потребує мінімального діагностичного та лікувального обладнання, обслуговування забезпечується переважно сестринським персоналом.

Вторинна медична допомога

- ЛВЛ та Хоспіси **організуються на базі ЦРЛ, РЛ або міських лікарень, які не задіяні як лікарні для інтенсивного лікування**
- ЛПЛ **знаходяться у кожному сільському адміністративному районі, місті без районного поділу або в районі міста з районним поділом (організуються на базі ЦРЛ, РЛ або міських лікарень, що не задіяні як лікарні для інтенсивного або відновного лікування, хоспісної допомоги)**

Лікарня інтенсивного лікування

- Головна роль надається багатопрофільним лікарням для надання інтенсивної допомоги, передусім екстреної медичної допомоги, оскільки саме від їх діяльності залежить життя та здоров'я пацієнтів. Саме ці лікарні в розвинених країнах світу складають близько 90% всіх стаціонарів. Для ефективної діяльності такі лікарні мають обслуговувати не менше ніж 100–200 тис. населення і виконувати не менш, ніж 3000 оперативних втручань та приймати не менш ніж 400 пологів на рік.
- В подальшому планується поступове, виважене об'єднання багатопрофільних і монопрофільних або спеціалізованих закладів.

Примірна структура лікарень різних типів

- Багатопрофільна лікарня інтенсивного залежно від чисельності та структури населення, що ними обслуговується, поділяються на лікарні двох рівнів:
- у госпітальних округах з чисельністю населення до 350 тис. осіб створюється одна багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого рівня.
- у госпітальних округах з чисельністю населення понад 350 тис. осіб створюється одна багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня, яка має більшу ліжкову та діагностичну потужність і більший перелік госпітальних відділень.

Примірна структура лікарні інтенсивного лікування першого рівня (1)

- Адміністративна частина/управління (головний лікар, його заступники, відділ кадрів, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія).
- Приймально-діагностичне відділення – відділення невідкладної медичної допомоги.
- Діагностична служба (цілодобово): клінічна лабораторія; кабінет функціональної діагностики; кабінет рентгенологічної діагностики; кабінет ультразвукової діагностики; відділення ендоскопічної діагностики.

Примірна структура лікарні інтенсивного лікування першого рівня (2)

- Лікувальна служба:
- Стаціонарний сектор: відділення анестезіології та інтенсивної терапії; хірургічне відділення для надання медичної допомоги хірургічним, травматологічним та урологічним хворим; хірургічне відділення – гнійно-септичне; гінекологічне відділення з ліжками для патології вагітних; терапевтичне відділення; неврологічне відділення; дитяче відділення; інфекційне відділення (боксоване); пологове відділення.
- Амбулаторний сектор: діагностично-консультативний центр; денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня).
- Допоміжні відділення: операційний блок; кабінет трансфузіології; патолого-анатомічне відділення; центральне стерилізаційне відділення; відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги; медичний архів.
- Господарча частина: відділ технічного обслуговування; харчоблок; пральня; гараж.

Примірна структура лікарні інтенсивного лікування другого рівня (1)

- Адміністративна частина / управління лікарнею (головний лікар, його заступники, фінансово-економічний відділ та бухгалтерія, відділ кадрів).
- Приймально-діагностичне відділення - відділення невідкладної медичної допомоги.
- Діагностична служба (цілодобово): клінічна лабораторія; відділення функціональної діагностики; відділення променевої діагностики; відділення ендоскопічної діагностики.

Примірна структура лікарні інтенсивного лікування другого рівня (2)

- Лікувальна служба:
- Стаціонарний сектор: служба анестезіології та інтенсивної терапії модульного типу для надання медичної допомоги хворим терапевтичного, неврологічного, хірургічного профілів та політравми; хірургічне відділення для надання медичної допомоги хворим з хірургічною, невідкладною урологічною та судинною патологією; хірургічне відділення гнійно-септичне; відділення травматології та політравми; гінекологічне відділення з ліжками для патології вагітних; терапевтичне відділення; кардіологічне відділення; неврологічне відділення; дитяче відділення; інфекційне відділення (боксоване); пологове відділення; неонатологічне відділення з палатами інтенсивної терапії та реанімації новонароджених; офтальмологічне відділення; отоларингологічне відділення.

Примірна структура лікарні інтенсивного лікування другого рівня (3)

- Амбулаторний сектор: діагностично-консультативний центр; денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня).
- Допоміжні відділення: операційний блок; відділення трансфузіології; патолого-анатомічне відділення; центральне стерилізаційне відділення; відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги; медичний архів.
- Господарча частина: відділ технічного обслуговування; харчоблок; пральня; гараж.

порядок надходження пацієнтів до структур вторинної медичної допомоги:

- до лікарень інтенсивного лікування – доставка санітарним транспортом, або самозвернення пацієнтів;
- до стаціонарів та поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих - за скеруванням лікаря первинної ланки;
- до лікарень відновного лікування - за скеруванням лікаря первинної ланки; лікарів лікарень інтенсивного лікування, лікарів –спеціалістів поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих, лікарів закладів третинного рівня за погодженням з лікарями первинної ланки
- до лікарень медико-соціальної допомоги та хоспісів – за скеруванням лікаря первинної ланки

УМОВИ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ СТРУКТУРНИХ РЕФОРМ

ПЕРВИННИЙ РІВЕНЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

- ✓ розмежування первинного та вторинного рівнів допомоги
- ✓ об'єднання фінансових ресурсів для надання ПМСД на районному/міському рівнях
- ✓ вільний вибір лікаря ЗП/СМ, який визначає медичний маршрут пацієнта

ВТОРИННИЙ РІВЕНЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

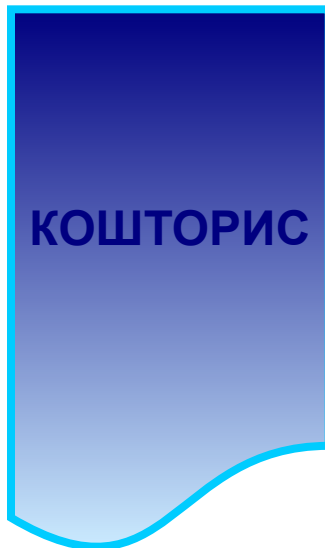
- ✓ об'єднання фінансових ресурсів для надання вторинної допомоги на обласному рівні

ТРЕТИННИЙ РІВЕНЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

- ✓ визначення МОЗ України квот для клінік НДІ для надання високоспеціалізованої високотехнологічної ДОПОМОГИ для всіх рівнів

ЗМІНА ПОРЯДКУ ФІНАНСУВАННЯ

**КОШТОРИСНЕ ФІНАНСУВАННЯ,
ОСНОВОЮ ЯКОГО Є
ПОКАЗНИКИ ПОТУЖНОСТІ
ЗАКЛАДІВ**



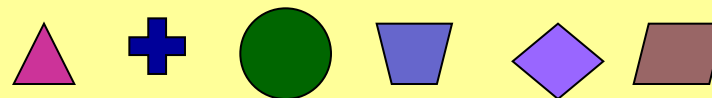
**ДЕРЖАВНЕ ЗАМОВЛЕННЯ НА ПІДСТАВІ
ДОГОВОРІВ МІЖ ЗАМОВНИКОМ ТА
АКРЕДИТОВАНИМ ПОСТАЧАЛЬНИКОМ
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ВИХОДЯЧИ З
ПОТРЕБ НАСЕЛЕННЯ У ПЕВНИХ ВИДАХ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**



Кошти

Заклади охорони здоров'я

**Обласне
управління
охорони здоров'я**



**ПЕРЕДАЧА ГРОМАДОЮ В ОПЕРАТИВНЕ УПРАВЛІННЯ
ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ МАЙНА
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

ЗАПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ОПЛАТИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

на первинному рівні: сполучення подушної оплати і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад, % охоплення вакцинацією, % охоплення скринінговими програмами тощо)

на вторинному рівні: для стаціонарів – “глобальний бюджет” залежно від структури та обсягів наданої допомоги, для поліклінік – за обсяг наданих послуг

на третинному рівні: “глобальний бюджет” в залежності від структури та обсягів наданої допомоги

ЗМІНИ В ОПЛАТІ ПРАЦІ

*Підвищення рівня
винагородження лікарів та
іншого медичного
персоналу*

*Створення стимулів до
підвищення ефективності
використання ресурсів
системи охорони здоров'я*

**Зміни до Умов оплати праці медичних
працівників шляхом виділення двох складових
заробітної плати**

ПОСТІЙНА
(базовий
посадовий
оклад згідно
з ЄТС)

(итодод
чтїкїк !
лвсрд)
ЗМІННА

ЗАХОДИ ЩОДО ПОЛІПШЕННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЛІКАМИ

- ✓ розширити запровадженням генеричних препаратів за умови відповідної перевірки їх біоеквівалентності та терапевтичної ефективності
- ✓ ініціювати перегляд завищених зобов'язань, взятих на себе Україною при вступі до СОТ, щодо подачі заявки на реєстрацію генериків після закінчення дії патенту на оригінальний препарат після 5-річного періоду ексклюзивності, які суперечать “Bolar provision” (за 2 роки до закінчення дії ексклюзивності оригінального препарату)

ЗАХОДИ ЩОДО ПОЛІПШЕННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЛІКАМИ

- ✓ розробити та запровадити формулярну систему медикаментозного забезпечення медичних закладів
- ✓ більш широко запровадити рецептурний відпуск медикаментів
- ✓ запровадити диференційовану систему відшкодування за рахунок державних коштів вартості лікарських засобів для населення, придбаних для амбулаторного лікування за рецептами або призначених для стаціонарного лікування
- ✓ для більш ефективного контролю за цінами на лікарські засоби розглянути можливість запровадження різних механізмів: референтних цін, реімбурсації тощо

Управління змінами

- визначення стратегії та методичного її забезпечення в цілому та по окремим напрямках покладається на Міністерство охорони здоров'я України
- перевірка дієвості та ефективності запропонованих підходів планується на двох пілотних, самодостатніх територіях з точки зору надання медичної допомоги, областях
- перевірка результативності та ефективності запропонованої моделі, внесення коректив до неї за результатами апробації
- широке запровадження апробованих підходів до реформування системи охорони здоров'я на всій території України з моніторингом процесів

Управління змінами

- проведення широкої роз'яснювальної роботи та інформування щодо мети, завдань, сутності та результатів системних перетворень серед:
 - *представників центральних та місцевих органів влади*
 - *медичної спільноти*
 - *широких верств населення*
- залучення професійних медичних асоціацій, координаційних рад при органах управління охороною здоров'я, наглядових рад при медичних закладах до прийняття рішень щодо перетворень на відповідних рівнях

Рекомендована література:

- Солтман Р. Б., Фигерас Дж. Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. С англ. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. - 432 с.
- Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.- Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2000. - 232 с.
- Реформа больниц в новой Европе /Фигерас Ж., Макки М., Моссиалос Э., Солтман Р.Б./ Пер. с англ. - М: : Издательство “Весь мир”, 2002. - 320 с.
- Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. - К.: Вид-во «Сфера», 2005. - 272 с.
- *Охорона здоров'я України* : стан, проблеми, перспективи. – Київ-Тернопіль, 2009. – 440 с.

Рекомендована література

- Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід проекту ЄС “Фінансування системи охорони здоров'я в Україні”. Серія посібників під заг. ред. А. Малагардіса, В. Рудого. - Київ, СПД Шмельков М.Ю., 2006.
- *Лехан В. М.* Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.
- Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» // <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=280%2F97-%E2%F0&p=1260965554782960>
- Закон України " Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги". 7 липня 2011 року N 3611-VI
- Закон України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві". 7 липня 2011 року N 3612-VI



Дякую

за увагу!