УДК 614.2:351.77

В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Е.В. Борвінко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛІ СЕМАШКА ТА МОДЕЛІ, ЗАПОЧАТКОВАНОЇ В РАМКАХ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Проведено порівняльний аналіз існуючої в Україні модифікації моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. Виявлено, що нова модель за основними характеристиками істотно відрізняється від існуючої до початку реформи і близька до найбільш ефективних систем охорони здоров'я, зберігаючи і розвиваючи при цьому певні позитивні риси, притаманні українській системі охорони здоров'я.

Ключові слова: *система охорони здоров'я, модель, реформа.*

Зміцнення системи охорони здоров'я вважається сьогодні однією з найважливіших детермінант здоров'я. За даними ВООЗ, зміцнення систем охорони здоров'я та поліпшення їх функціонування справляє вагомий вплив на здоров'я та благополуччя людей [1, 2]. Стратегічна спрямованість на зміцнення систем охорони здоров'я передбачає розбудову такої моделі системи охорони здоров'я, яка найкращим способом забезпечує задоволення потреб населення в медичній допомозі, сприяє найбільш ефективному використанню комплексу наявних ресурсів галузі та враховує культурні, історичні й економічні особливості держави.

Діюча в Україні модель системи охорони здоров'я Семашка, яка збереглася з радянських часів, не відповідає таким вимогам та сучасним реаліям, оскільки вона, по-перше, була створена в умовах планової економіки і не придатна для функціонування в ринкових умовах; по-друге, навіть в умовах планової економіки її максимальна успішність була зафіксована при епідемічному типі патології і суттєво зменшилася при переході до неепідемічного типу патології; по-третє, вона орієнтована на екстенсивний розвиток галузі [3–5]. Сучасний етап розвитку української охорони здоров'я потребує формування національної моделі охорони здоров'я, орієнтованої на максимально можливе задоволення об'єктивних потреб населення в якісній медичній допомозі, що було започатковано Програмою економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентноспроможна економіка, ефективна держава».

Мета дослідження – порівняльний аналіз діючої до останніх часів в Україні системи охорони здоров'я, сформованої на принципах моделі Семашка, та національної моделі, розбудова якої відбувається в рамках Програми економічних реформ.

Матеріал і методи. Вивчено різні характеристики української модифікації моделі Семашка та нової національної моделі охорони здоров'я, орієнтованої на задоволення об'єктивних потреб населення в якісній медичній допомозі. Для оцінки нової моделі проведено аналіз нормативних документів, регламентуючих функціонування системи охорони здоров'я в умовах її реформування: Законів України «Бюджетний кодекс України [6]; «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги» [7] (далі –

© *В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Е.В. Борвінко, 2013*

Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства»), «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [8] (далі – Закон України «Про порядок проведення реформування…»), «Про екстрену медичну допомогу» [9]; Постанови Уряду України «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [10] (далі – «Про порядок створення госпітальних округів»).

Результати та їх обговорення. Узагальнені дані порівняльного аналізу подано в таблиці.

Реорганізація структури медичного обслуговування. Провідною проблемою для вітчизняної охорони здоров'я є неефективність структури медичного обслуговування, зокрема відсутність чіткого розподілу за видами медичної допомоги, перш за все первинної та вторинної, роздута мережа ЗОЗ, відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від інтенсивності лікування, наявність паралельних відомчих медичних структур та ін., що істотно зменшує можливості системи в цілому та ЗОЗ зокрема щодо надання медичної допомоги необхідного обсягу та якості, зменшує витратну ефективність медичного обслуговування.

В новій моделі передбачається структурне і юридичне розмежування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, приведення мережі ЗОЗ у відповідність до потреб населення у різних видах медичної допомоги. Одним зі шляхів структурної реорганізації є впорядкування надання вторинної медичної допомоги зі створенням госпітальних округів,

Порівняльна характеристика моделі Семашка, існуючої в Україні до початку реформ,

Характеристика		Модель Семашка (Україна до реформування)
Розмежування по видах медичної допомоги		Відсутність чіткого розмежування медичної допомоги за її видами
Формування мережі		Консервація існуючої мережі
Збалансованість державних зобов'язань щодо надання медичної допомоги з обсягами фінансування		Незбалансованість
Фінансування системи охорони здоров'я	Об'єднання бюджетних коштів	Надзвичайна фрагментованість фінансових потоків
	Закупівля медичних послуг	Утримання ЗОЗ
	Оплата медичних послуг	Кошторисне фінансування
Формування штатного розпису ЗОЗ		Залежно від характеристик потужності ЗОЗ
Формування підходів до оплати праці		Оплата за відпрацьований час
Запровадження системи стандартизації		Регулювання галузевими нормативами
Керованість медичних маршрутів пацієнтів		Відсутність керованості – прямий (вільний) доступ пацієнтів до послуг лікарів-спеціалістів і стаціонарів
Спосіб формування контингенту обслуговування первинною ланкою		Дільнично-територіальний принцип
Місце недержавних ЗОЗ у системі охорони здоров'я		Наявність дискримінації між державними і недержавними ЗОЗ

Примітка. ЗОЗ – заклади охорони здоров'я.

які не є структурними одиницями, а розглядаються як форма упорядкування надання вторинної медичної допомоги з її диференціацією залежно від інтенсивності медичної допомоги, подолання дублювання діяльності бюджетних закладів, які належать різним територіальним громадам, підвищення доступності та якості вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, підвищення ефективності використання ресурсів вторинної медичної допомоги. В межах госпітального округу виділяються лікарні для надання інтенсивного, планового, відновного лікування та хосписи.

Структурній реорганізації підлягає і екстрена медична допомога, коли замість значної кількості закладів та підрозділів різного підпорядкування у кожному регіоні створюється центр екстреної медичної допомоги з мережею його відділень та пунктів тимчасового базування виїзних бригад екстреної медичної допомоги або станцій, підстанцій швидкої медичної допомоги з розрахунку виконання нормативу прибуття бригад швидкої медичної допомоги до пацієнта у термін не більше ніж 10 хв у містах та 20 хв у сільській місцевості. Важливим структурним елементом реформованої системи екстреної медичної допомоги є центральна диспетчерська центру екстреної допомоги, яка працює в цілодобовому режимі з використанням сучасних комунікаційних технологій. Відкриття таких диспетчерських у пілотних регіонах заплановано на друге півріччя 2013 р. Головним принципом структурної перебудови системи екстреної медичної допомоги є забезпечення екстериторіальності та нормативно врегульованої доступності цього виду допомоги.

та нової моделі охорони здоров'я, започаткованої реформою у 2010 р.

Нова національна модель охорони здоров'я	
опис	нормативне врегулювання
Структурне та фінансове розмежування медичної допомоги за її видами	Ст. 35-1, 35-2, 35-3, 35-4, 35-5 Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства…»
Формування мережі з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні	Ст. 16 цього ж Закону
Встановлення гарантованого рівня медичної допомоги	Ст. 18 цього ж Закону
Формування потужних пулів фінансових коштів	Ст. 7 Закону України «Про порядок проведення реформування…»
Передача в спільну власність територіальних громад відомчих ЗОЗ	Бюджетний кодекс України, 2010 р. Постанова КМУ «Про створення госпітальних округів»
Запровадження договірних відносин	Ст. 18 Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства»
Запровадження нових фінансових механізмів	Бюджетний кодекс України, 2010 р.
Залежно від обсягу та складності роботи, що виконується	Ст. 9 Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я...»
Оплата з урахуванням обсягів та якості роботи	Ст. 10 цього ж Закону
Законодавче забезпечення	Ст. 14-1 Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства…»
Доступ пацієнтів до послуг лікарів-спеціалістів і стаціонарів переважно за направленням лікаря первинної ланки – принцип воротаря	Ст. 35-1 цього ж Закону
Вільний вибір лікаря первинної медичної допомоги	Ст. 35-1 цього ж Закону
Усунення дискримінації між державними і недержавними ЗОЗ	Ст. 35-1, 35-2 цього ж Закону

Збалансованість державних зобов'язань з обсягами фінансування. В існуючій моделі декларуються безоплатність необмеженого обсягу медичної допомоги, що є недосяжним навіть для країн з дуже високим рівнем економічного розвитку та високою пріоритетністю охорони здоров'я. Такий підхід розмиває границі між безоплатною та платною медичною допомогою, провокує збільшення фінансового тягаря для населення при отриманні медичної допомоги, збільшує масштаби нерівності як в охороні здоров'я, так і в здоров'ї різних верств населення.

В новій моделі прописано, хоч поки що без відповідного методичного та нормативного забезпечення, встановлення гарантованого рівня медичної допомоги, що дозволить забезпечити збалансованість державних зобов'язань щодо надання безоплатної медичної допомоги з обсягами фінансування.

Фінансування системи охорони здоров'я. Згідно з сучасною класифікацією система фінансування охорони здоров'я виконує такі функції: об'єднання фінансових коштів, закупівля та оплата медичних послуг. Щодо першої функції для української системи фінансування галузі характерна надзвичайна фрагментованість потоків бюджетних коштів: 4-рівнева система розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я, встановлена Бюджетним кодексом 2001 р., оптимізована новим Бюджетним кодексом 2010 р. до 3-рівневої: державний / національний, регіональний, районний і міський рівні. Посилює фрагментацію фінансових потоків існування відомчих систем охорони здоров'я.

У доповіді ВООЗ за 2010 рік «Фінансування систем охорони здоров'я – шлях до універсального покриття витрат на медичну допомогу» заявлено, що «…консолідація пулів з самого початку реформування повинна бути частиною стратегії. Існування численних пулів неефективно, оскільки дублює один одного та збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони також утруднюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того, щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити дійсно єдиний пул, в рамках якого можливо було б вирівнювати ризики» [11]. В новій моделі охорони здоров'я передбачається створення потужних пулів фінансових коштів. У пілотних регіонах апробується механізм об'єднання фінансових потоків для надання первинної допомоги на міському/районному рівнях; для вторинної, третинної та екстреної допомоги – на обласному рівні, що створює передумови для ліквідації фінансових бар'єрів при наданні медичної допомоги та збільшення стійкості системи медичної допомоги.

Крім того, прикінцевими положеннями Бюджетного кодексу, прийнятого у 2010 р., та Постановою Уряду про створення госпітальних округів зафіксовані необхідність передачі відомчих медичних установ у комунальну власність та їхня інтеграція в територіальні системи охорони здоров'я як беззаперечна умова для усунення дублювання фінансових потоків.

Закупівлі медичних послуг у системі Семашка фактично не було. Заклади охорони здоров'я утримували за рахунок бюджетних коштів, і обсяг їхнього фінансування фактично визначався характеристиками потужності медичних закладів, що не створює стимулів до інтенсивної роботи. В новій моделі вперше в історії охорони здоров'я України закладені основи переходу до договірних відносин між головними розпорядниками бюджетних коштів та провайдерами медичних послуг, що, за доказовими даними, належать до ключових стратегій підвищення ефективності розподілу та використання ресурсів [12].

Традиційним методом оплати медичних послуг у моделі Семашка був метод постатейного кошторису доходів і витрат, який має низку серйозних недоліків: виділення коштів за кошторисом витрат не ув'язується з результатами роботи їх отримувачів, не створює у установ стимулів до більш раціонального використання ресурсів і відтворює витратний тип господарювання, у зв'язку з чим навіть значне збільшення обсягів виділених установам коштів не гарантує підвищення якості виконання державою своїх соціальних зобов'язань.

В новій моделі планується використання сучасних методів оплати медичних послуг, які стимулюють підвищення ефективності використання ресурсів: для первинної допомо-

ги – подушне фінансування, для вторинної та третинної допомоги – оплата за закінчений випадок за методикою діагностично споріднених груп – ДСГ (Diagnosis-related group – DRG) або за глобальним бюджетом. Сьогодні вже зроблено перші кроки до збільшення гнучкості фінансового управління в охороні здоров'я, зокрема Урядом прийнято Постанову щодо запровадження спрощеної системи фінансування первинної медико-санітарної допомоги за 2 кодами (поточні та капітальні видатки). В Національному плані дій на 2013 р. щодо впровадження Програми економічних реформ, затвердженому Указом Президента України від 12 березня 2013 року № 128/2013, заплановано затвердження методики формування ДСГ та визначення вартості медичної допомоги для 25 ДСГ.

Формування штатних розписів закладів охорони здоров'я. Традиційно з радянських часів штатні нормативи і, відповідно, штатні розписи ЗОЗ були прив'язані до характеристик потужності медичних закладів (кількості ліжок, відвідувань та ін.), що було потужним стимулом до збереження або навіть розширення існуючих потужностей без урахування реальних потреб населення у видах та обсягах медичної допомоги. В реформованій системі передбачається застосування штатних нормативів, що базуються на обсягах та складності виконуваних медичних послуг без урахування характеристик потужності. На сучасному етапі розроблена та апробована методика розробки штатних нормативів, заснованих на зазначених підходах, планується перехід до формування в пілотних регіонах штатних розписів ЗОЗ вторинного та третинного рівнів на оновлених засадах з 2014 р.

Оплата праці медичного персоналу. В рамках старої моделі медичні працівники отримували заробітну плату за відпрацьований час, без урахування реальних результатів роботи, що не сприяло їх заінтересованості в поліпшенні показників здоров'я населення та раціональному використанні ресурсів. Нова модель передбачає перехід до оплати праці залежно від інтенсивності та якості роботи і таким чином орієнтує медичний персонал на результативність роботи, пошук оптимального балансу між витратами і якістю медичної допомоги.

Запровадження системи стандартизації. В останні 15 років в Україні здійснювалася велика робота по розробці та впровадженню стандартів в охороні здоров'я, проте вперше в рамках нової моделі регулювання стандартизації в галузі (застосування державних соціальних нормативів та галузевих стандартів) відбувається на законодавчому рівні.

Керованість маршрутів пацієнтів. Одним з істотних недоліків існуючої системи є хаотичність та некерованість медичних маршрутів пацієнтів, які часто не відповідають тяжкості та перебігу захворювання. Пацієнт може на свій розсуд звернутися до лікаря практично будь-якої спеціальності в поліклініці. Природно, що частина з них помиляється у виборі профілю спеціаліста. Частина пацієнтів самостійно звертається в стаціонарні установи, і деяких з них можуть госпіталізувати навіть при відсутності показань, якщо необхідно заповнити порожні ліжка. Все це призводить до запізнення з наданням адекватної медичної допомоги та неефективного використання обмежених ресурсів галузі.

Нова модель передбачає застосування чіткої системи направлень відповідно до медичних показань лікарем первинної ланки або лікуючим лікарем закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. При цьому враховуються історичні особливості, що склалися в системі медичного обслуговування в Україні: без направлення медична допомога надається безоплатно в екстрених випадках, вторинна (спеціалізована) медична допомога відповідно до медичних показань пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку.

Спосіб формування контингенту лікаря первинної ланки. В новій моделі територіально-дільничний принцип формування контингенту поступається вільному вибору пацієнтом лікаря первинної ланки, підкріпленому подушним фінансуванням останнього, що сприяє формуванню довіри пацієнта до лікаря, а також відповідальності лікаря перед пацієнтом – механізмів, які не притаманні територіально-дільничному підходу.

Роль і місце недержавних ЗОЗ у системі охорони здоров'я. В Україні після отримання незалежності приватний сектор охорони здоров'я розвивався активно, проте відокремлено від державної системи охорони здоров'я. Певним проривом можна вважати законодавче врегулювання можливості недержавних ЗОЗ укладати з розпорядниками бюджетних коштів договори про надання медичної допомоги за бюджетні кошти. Застосування такої норми є важливим кроком стосовно усунення існуючої дискримінації приватних ЗОЗ та створення умов для формування реального конкурентного середовища в галузі.

Перелік характеристик, підданих порівняльному аналізу, не є вичерпним, однак досить наглядно ілюструє відмінності між системою Семашка та новою системою охорони здоров'я, орієнтованою на задоволення потреб населення в медичній допомозі, до чого прямує українська система охорони здоров'я.

Висновки

Модель системи охорони здоров'я, започаткована в Україні, істотно відрізняється від існуючої модифікації моделі Семашка та значною мірою за своїми основними характеристиками близька до такої у країнах з найбільш ефективними системами охорони здоров'я, зберігаючи при цьому певні позитивні риси, притаманні вітчизняній охороні здоров'я.

Список літератури

1. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния [Электронный ресурс] / Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние : Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения, Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. – Режим доступа :
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf.

2. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / [Figueras J., McKee M., Lessof S. et al.]. – Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 91 с.

3. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт / [під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого]. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.

4. *Лехан В. М.* Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К. : Цифра, 2009. – 50 с.

5. *Lekhan V.* Ukraine: Health system review / V. Lekhan, V. Rudiy, E. Richardson // Health Systems in Transition. – 2010. – V. 12, № 8. – 183 p.

6. Бюджетний кодекс України від 8 липня 2010 року № 2456-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – № 50–51.

7. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги : Закон України від 07.07.11 № 3611-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 14. – С. 86.

8. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.11 № 3612-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 12–13. – С. 81.

9. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.12 № 5081-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2013. – № 30. – С. 340.

10. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : Постанова КМУ від 24.10.12 № 1113.

11. The World Health Report. Health Systems Financing: the path to universal coverage / World Health Organization. – Geneva, 2010. – 128 p.

12. *Салтман Р. Б.* Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас ; пер. с англ. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2000. – 432 с.

В.Н. Лехан, В.Г. Гинзбург, Э.В. Борвинко

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛИ СЕМАШКО И МОДЕЛИ, ОСНОВАННОЙ В РАМКАХ РЕФОРМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ

Проведен сравнительный анализ существующей в Украине модификации модели Семашко и модели, реализуемой в рамках реформы системы здравоохранения в Украине. Установлено, что новая модель по основным характеристикам существенно отличается от существовавшей до начала реформы и близка к наиболее эффективным системам здравоохранения, сохраняя и развивая при этом определенные положительные черты, присущие украинской системе здравоохранения.

Ключевые слова: *система здравоохранения, модель, реформа.*

V.N. Lekhan, V.G. Ginsburg, E.V. Borvinko

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE SEMASHKO MODEL AND A MODEL BASED IN THE REFORM OF THE HEALTH SYSTEM IN UKRAINE

The comparative analysis of the Semashko model's existing modifications in Ukraine and the model implemented in the framework of the reform of the health system in Ukraine is carried out. It is determined, that the new model has the main characteristics significantly different from existing before the reform. It is close to the most efficient health care systems, maintaining and developing the characteristics of an Ukrainian health care system.

Key words: *health care system, the model, the reform.*