

ДО ПИТАННЯ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В РАМКАХ ІСНУЮЧОЇ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ

Пукало Р. М.¹, Пукало А. Р.¹, Пукало О. Р.²

Стебницька міська лікарня;¹ Дрогобицька міська поліклініка²

Існуючий в Україні вкрай неефективний рівень організації подання медичної допомоги не відповідає сучасним вимогам. В значній мірі це впливає на стан здоров'я населення, який характеризується катастрофічними демографічними показниками, рівнем захворюваності туберкульозом, ВІЛ-інфікованості тощо.

Нація, яка з тим мириться, приречена на вимирання, що вже й відбувається.

Такий стан справ в системі охорони здоров'я є нерозумінням, незнанням, відсутністю належного професіоналізму та ефективного менеджменту чи саботажем? Не так важливо, яка із названих складових привела до цього, думаю, що все разом, але «маємо те, що маємо».

Тепер народ України переконують, що все зміниться з прийняттям закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», хоч добре зрозуміло, що це буде мертвонароджене дитя навіть за умови його досконалості. Всім існуючим на сьогодні проектам, в тому числі і найостаннішим, далеко до цього, адже з різних суб'єктивних і об'єктивних причин вони не мають навіть належного економічного обґрунтування. Відомо, що для введення в життя відносно хорошого (ідеальних просто нема) закону про соціальне медичне страхування в системі охорони здоров'я протягом трьох-чотирьох років повинна йти серйозна підготовка з її реструктуризації, зміни системи управління тощо. В державі на даний час в цьому плані не зроблено практично нічого. Ризикованою є головна ставка на сімейну медицину в такому виді, як пропонується, бо це може призвести до руйнування спеціалізованої медичної допомоги на місцях. За роки незалежності в питаннях реального реформування галузі похвалитись нічим.

Який вихід із даної ситуації? Чекати ще 15 років, чи бачачи завтрішній день, маючи ціль, стратегію і тактику, уже сьогодні робити серйозні кроки у напрямку їх досягнення.

Практично всі, від кого залежить реформування системи охорони здоров'я в Україні, стверджують, що для цього відсутня нормативно-правова база. Початок реформ для них обумовлюється прийняттям змін до Конституції України, десятків законів України та інших нормативно-правових актів. Це спосіб оправдання своєї бездіяльності, підтвердження їх віддаленості від реалій і потреб сьогодення, небажання здійснити реформу.

Фактично ж основною причиною відсутності реформ є брак політичної волі і сміливості зробити хоч один, перший крок в зрушенні реформи з мертвої точки.

Стверджую, що необхідна нормативно-правова база для початку реформ насправді існує. Це насамперед «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 1992 року, де в статті 18 продекларовано принцип фінансування з розрахунку на мешканця: *«Обсяги бюджетного фінансування визначаються на підставі... нормативів з розрахунку на одного жителя»*.

У 1995 році це підтверджено розпорядженням Президента України. 18 жовтня 1997 року Указом Президента України № 1166/97 запропоновано створення єдиного медичного простору в Україні, гарантований обсяг медичної допомоги під виділені бюджетом кошти та проведення фінансування ЛПЗ в залежності від обсягів виконаної ними роботи.

Це означало, що із затратної моделі фінансування на мережу, ліжка, штати тощо організація подання медичної допомоги переводиться на ринкову модель з розрахунку на мешканця та за фактичну роботу. *Оце якраз і є зміна моделі фінансування!*

Є і наступні документи: Указ Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» від 07.12.2000 року, громадська ініціатива «Пульс України» «Перспектива — 2010», Постанова Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 року № 14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002—2011 роки», яка, до речі, передбачала завершення автономізації та децентралізації в охороні здоров'я до 2005 року, Ялтинська декларація 2005 року.

Чим не програми реформ, чим не стратегія і тактика формування ринкових відносин. Що ще треба для початку здійснення змін? Законодавчо-нормативна база практично готова. Проте мало хто згадує про ці вкрай важливі документи, а повинні б згадувати, оскільки основні аспекти реформування галузі викладені там. Одна біда — за всі ці роки практично нічого не зроблено для їх виконання.

Зміни в законодавстві справді конче необхідні, але ж на це підуть роки, тим більше, що Верховна Рада з 1992 року не зробила практично жодного кроку в реформуванні галузі. Можна сміливо прогнозувати, що й цього року, враховуючи ситуацію, яка складається в державі, не зробить. Поспішно ж приймати закони — це ще гірше, права на помилки в нас більше немає. А реформи треба проводити негайно, на основі діючої нормативно-правової бази, максимально використовуючи принцип — все, що не заборонено — те дозволено. Всю відповідальність за початок і хід реформ зобов'язана взяти на себе виконавча влада, в першу чергу Міністерство охорони здоров'я. На жаль, в усі попередні роки Міністерством галузі, як самокритично вказується одним бувшим її керівником в одній відомій програмі — цитую — «через функціональну неспроможність її управлінців «не було зроблено навіть спроб запровадити зміни. Теперішнє керівництво МОЗу має унікальний шанс зробити те основне, що повинні були зробити, але не зробили попередники — розпочати реформи. Не очікуючи змін в законодавстві, слід негайно приступити до виконання названих вище директивних документів,

відкоригувавши їх відповідними Постановами Кабміну і наказами МОЗу та Мінфіну, для чого достатньо 2—3 місяці. Ще стільки потрібно для впровадження їх в практику. Якщо ми дійсно хочемо реформ, то про це не треба говорити, їх треба здійснювати.

Втілення принципу фінансування на мешканця було розпочато в 2001 році, проте у викривленому варіанті, відповідно до формули Мінфіну, фактично без зміни моделі фінансування. Це призвело до погіршення ситуації в містах з розвинутою мережею.

Міста і території, які мають більш розвинену мережу спеціалізованих закладів та відділів в меншій мірі використовують ліжковий фонд обласних установ. При існуючому на даний час розподілі коштів ті території, які мають розвинену мережу відділів спеціалізованої медичної допомоги, втрачають тричі: один раз відраховуючи до обласного бюджету 35% належного території фінансування на охорону здоров'я з розрахунку на мешканця за спеціалізовану медичну допомогу, хоча вартість фактично поданої обласними установами цієї допомоги може бути значно меншою; другий — утримуючи спеціалізовані підрозділи для подання такої допомоги мешканцям своєї території, яку вони мали б відповідно Бюджетного Кодексу отримувати в обласних установах; третій — подаючи у цих підрозділах спеціалізовану медичну допомогу мешканцям сусідніх територій, які за неї не розраховуються. Перед ними стоїть дилема: утримувати собі на збиток ці підрозділи, чи ліквідувати їх, а хворих «скинути» на лікування в обласні установи. Звичайно найлегше останнє і це призведе до того, що за таких обставин осередки спеціалізованої медичної допомоги в регіональних територіальних багатопрофільних медичних закладах протягом короткого часу будуть повністю зруйновані. З 2001 року ми неодноразово звертались до МОЗ і Мінфіну України з пропозицією доповнити Формулу поправкою на дольову участь, але безуспішно.

У зв'язку з введенням в дію Бюджетного кодексу в найкращих умовах на теперішній час в плані фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я є території, які не мають спеціалізованої ліжкової мережі. Гроші з розрахунку на мешканця у них, а хворі — на ліжках сусідніх територій і обласних установ. В результаті, чим нижчі рівень і обсяг медичної допомоги території, тим краще її фінансове забезпечення. Прекрасна ідея — фінансування системи закладів охорони здоров'я територій з розрахунку на мешканця, що повинна була ввести мережу лікувальних закладів України в ринкові умови функціонування, доведена до абсурду. Реформу без особливих зусиль поховано облуправліннями охорони здоров'я, МОЗ і Мінфіном України.

Головне ж, руйнується навіть можливість формування ринкових відносин в системі подання медичної допомоги. Існуюча сьогодні фінансова модель системи охорони здоров'я об'єктивно нищить первинну і спеціалізовану медичну допомогу.

Думається, що в державі нема належного розуміння того, що наслідки невирішення проблем фінансування в системі охорони здоров'я можуть стати настільки ж згубними,

як невирішення енергетичних проблем. На сьогодні суспільству навіть не представлено ідеї наступної еволюції системи охорони здоров'я. Як же ж бути?

Пропонуємо можливий варіант реформування системи подання медичної допомоги в державі *саме шляхом зміни фінансової моделі*.

Для проведення реформи системи подання медичної допомоги в Україні першочерговим і крайнє необхідним є реальне втілення принципу фінансування з розрахунку на мешканця з доведенням асигнувань до мешканця без розподілу на обласні і територіальні бюджети за коефіцієнтами 0,35 і 0,65.

Фінансування на мешканця — до мешканця! От основне, що треба зробити негайно! Принцип фінансування з розрахунку на мешканця вимагає створення інституту «управлінських структур» — територіальних органів управління охороною здоров'я (відділення *фонду охорони здоров'я* — на нашу думку найкраща назва) з функціями утримувачів бюджетних та інших коштів системи закладів охорони здоров'я за зразком страхових компаній, проте відповідальних одночасно за рівень здоров'я населення території. Вони можуть стати в майбутньому ядром будь-якої моделі організації подання медичної допомоги на ринкових засадах, в тому числі і страхової.

Такі «управлінські структури» необхідно створювати як самостійні установи на базі територіальних органів управління охороною здоров'я.

Відносини таких структур з лікувальними закладами різних форм власності мають будуватись на основі угод з оплатою подавачам медичної допомоги за виконану ними роботу.

Модель організації подання медичної допомоги шляхом формування «управлінських структур» і комунальних підприємств (бюджетно-комунальної медицини) суттєво відрізняється від моделі страхової медицини. Майже повна автономність страхових компаній від існуючих органів управління системою закладів охорони здоров'я та місцевих органів влади веде до виникнення їх повної безвідповідальності за рівень здоров'я населення. Їх, як свідчить досвід, цікавлять фінансові відносини з окремими постачальниками медичної допомоги і послуг, економія коштів, тощо, а не рівень здоров'я населення відповідної території в цілому. Крім того на їх утримання використовується до 30% від усіх коштів.

Тільки надання теперішнім органам управління системою закладів охорони здоров'я функцій фондоутримувачів та покупців медичної допомоги і послуг, а не розподілу бюджетних коштів, що має місце на сьогодні, дасть можливість уже на першому етапі підготувати мережу лікувальних закладів до роботи в умовах ринку при збереженні їх відповідальності за рівень здоров'я населення з підпорядкуванням, по вертикалі МОЗ України, а по горизонталі — органам місцевого самоврядування.

Ось це фактично реформа в системі охорони здоров'я з ринковою моделлю організації подання медичної допомоги.

Розуміння того, що цей крок треба робити, як крок номер один, на нашу думку, сьогодні немає.

Всі інші кроки стануть похідними, а основне неминучими і радикальними, в тому числі реструктуризація мережі, скорочення ліжок та посад, які виникатимуть як наслідок — спонтанно і природньо, достатньо безболісно, оскільки починають інтенсивно діяти механізми саморегуляції, економічної доцільності, раціональності.

При такій моделі організації подання медичної допомоги надзвичайно актуальним стає питання визначення її гарантованого обсягу і рівня з подальшим розрахунком нормативу фінансування на мешканця.

Зрозуміло, що бюджетних коштів буде недостатньо для забезпечення фінансування такого гарантованого рівня. Тому треба не урізати рівень, а шукати шляхів його дофінансування. Одним із них може бути «добирання» за рахунок обов'язкових внесків громадян на рівні територіальних громад різниці коштів між потребою у забезпеченні нормативу на мешканця і виділеним бюджетом фінансуванням.

Збір таких обов'язкових внесків може вводитись на основі п. 1.1) ст. 26 Закону «Про місцеве самоврядування в Україні» за рішеннями органів місцевого самоврядування. Можливо для цього необхідна і постанова Кабміну. Це варіант обов'язкового місцевого медичного страхування без страхових компаній та витрат на їх утримання, без подальшого очікування закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування.

Дофінансування можливе й за рахунок внесків загальнонаціональних фондів (пенсійного, фондів соціального страхування, зайнятості, чорнобильського тощо), внесків органів місцевого самоврядування за рахунок доходів місцевих бюджетів;

Утримувачем коштів єдиного фінансового фонду повинна бути «управлінська структура».

Перевага пропонованої моделі перед страховою в наступному:

— вводитьься як етап підготовки до страхової медицини, а може залишитись, як аналог страхової за зразком роботи;

— для її втілення на даний час достатньо, не змінюючи існуючого законодавства, внести зміни в окремі підзаконні акти на рівні Мінфіну та МОЗ України. Законодавча ж база для введення страхової медицини відсутня;

— «управлінська структура» буде не лише покупцем медичної допомоги, а й відповідатиме одночасно і за рівень здоров'я населення, і підпорядкована по вертикалі МОЗ, що дуже важливо і не властиво страховим компаніям;

— на утримання страхових компаній витрачається до 30% всіх коштів системи подання медичної допомоги, в той час як на утримання «управлінських структур» за нашими даними використовуватиметься менше 2 відсотків.

При здійсненні пропонованих змін необхідно дотримуватись наступних основних

принципів:

— утворення місцевими радами і виконкомом управління структур — фондоутримувачів, які будуть замовниками медичних послуг для свого населення в медустановах не тільки своєї, а й інших територій, в тому числі і в обласних медустановах;

— доведення фінансування на мешканця фондоутримувачу — замовнику медичних послуг — в повному згідно загальнодержавного нормативу обсязі, а не в урізаному в зв'язку з відрахуваннями обласним медустановам;

— автономність медустанов різних рівнів в питаннях фінансово-економічної діяльності, структури, штатів із збереженням підпорядкованості по вертикалі у всіх інших питаннях;

— формування єдиного медичного простору суміжних територій за згодою місцевих рад з об'єднанням їх фінансових ресурсів;

— повне роз'єднання функцій покупця і надавача медичної допомоги та послуг і побудова стосунків між ними на основі угод;

— заробляння коштів всіма закладами охорони здоров'я, в тому числі і обласними, а не гарантоване виділення їм фінансування за формулою Мінфіну;

— підпорядкованість управлінської структури по вертикалі обласному управлінню охорони здоров'я, по горизонталі — місцевим органам влади;

— відповідальність управлінської структури за стан здоров'я населення на даній території;

— формування управлінською структурою єдиного фінансового фонду не лише за рахунок нормативних відрахувань на мешканця, а й за рахунок поступлень з кас хворих, місцевих комунальних «медичних» податків, благодійних внесків, інших джерел надходжень коштів;

— зміни повинні проводитись виважено, поступово, поетапно, з попереднім проведнням роз'яснення суті пропонованих змін, як населенню, так і медпрацівникам, без значних різких скорочень персоналу, з урахуванням особливостей медичного обслуговування, що склалося протягом багатьох десятиріч.

Для оперативного вирішення питань реформування галузі необхідно створити антикризовий штаб, в роботі якого повинні взяти участь в першу чергу практики, які знають реальний стан галузі, її проблеми зсередини, так як політики, науковці та так звані системні менеджери доказали свою неспроможність. Основне, щоб ті рішення, які будуть прийматись, замість очікуваного покращення, не зруйнували систему охорони здоров'я остаточно.

Отже, наша пропозиція проста: *фінансування на мешканця — до мешканця в повному обсязі* з подальшими розрахунками територій на договірних засадах за обсягами виконаної роботи з подавачами медичної допомоги різних рангів і рівнів та форм власності, в тому числі і з обласними установами; тобто, *гроші йдуть за мешканцем*.

— створення інституту «управлінських структур» — територіальних органів управління охороною здоров'я з функціями утримувачів коштів системи закладів охорони здоров'я за зразком страхових компаній, проте відповідальних одночасно за рівень здоров'я населення території.

Якщо в виконавчій владі нема рішучості і впевненості в виборі саме таких змін, то для відпрацювання моделей реформування фінансування і організації охорони здоров'я необхідно провести експеримент, що нами неодноразово багато років пропонується, який дав би відповіді якщо не на всі, то на більшість запитань. Сумнівно, що хтось ці пропозиції хоча б перечитав.

План дій, що пропонується нами, *не потребує змін до Конституції і прийняття законів*, він дає можливість негайно перейти від слів до діла. У нас є достатньо чітке розуміння всіх проблем, що постануть в ході реалізації проекту, і є достатньо чітке бачення шляхів їх розв'язання в рамках діючого законодавства. Ми за еволюційний, без різких і не продуманих дій, але енергійний і динамічний шлях розвитку.

Література

1. Конституція України. Київ, 1996 р.
2. Приказ МЗО СССР от 04.05.90 г. № 188 «Об утверждении положения о лечебно-профилактическом учреждении, работающем в условиях нового хозяйственного механизма, и инструкции по составлению устава лечебно-профилактического учреждения (объединения)» У збірнику «Нормативно-правова база стандартів акредитації лікувально-профілактичних закладів України.» 1998; Частина 1: 161—164.
3. Закон України від 19.11.92 № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я». У збірнику «Нормативно-правова база стандартів акредитації лікувально-профілактичних закладів України.» 1998; Частина 1: 4—13.
4. Закон України № 280/97-ВР від 21.05.97 р. «Закон України про місцеве самоврядування в Україні» Київ, Урядовий кур'єр 14.06.97 р. 1998 р.
5. Постанова КМУ від 05.09.96 № 1070 «Про тимчасові коефіцієнти розподілу асигнувань на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя» У збірнику «Нормативно-правова база стандартів акредитації лікувально-профілактичних закладів України.» 1998; Частина 1: 54.
6. Указ Президента України від 18.10.1997 року № 1166/97 «Про основні напрями соціальної політики на 1997—2000 роки».
7. Бюджетний кодекс України. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2001, № 37—389
8. Прес-служба Кабінету Міністрів України. Стенограма виступу Прем'єр-міністра України Віктора Ющенка на підсумковому засіданні Колегії Міністерства охорони здоров'я 12.02.2001 р. Київ, 16.02.2001 р.
9. І. А. Франчук. Проект «Закон України про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я, 2001;

травень—червень: 260—280.

10. Наказ МОЗ України № 33 від 23.02.2000 р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я, Київ 2001; травень—червень: 5—259.

11. Постанова КМ України № 955 від 11.07.2002 р. «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги» Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я Київ, 2002; липень: 6—7.

12. Наказ МОЗ України № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги.» Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. Київ, 2003; березень: 6—55, 30: 5—153, 31: 6—123, 32.

13. С. Донич. «У реформуванні галузі повинна бути зацікавлена держава». Медична газета України «Ваше здоров'я» 23—29 липня 2004 р., № 28.

14. О. Перетяка «Лікарняні каси — латання «Охримової світки» охорони здоров'я». Медична газета України Ваше Здоров'я, 1—7 квітня 2005, № 13: 9.

15. Пукало Р. М., Петрик М. Г., Петрик Р. М. Як бути (До питання реформування системи надання медичної допомоги на сучасному етапі). Український бальнеологічний журнал, 2005 рік, № 1, 2. стор. 48—60.

16. Пукало Р. М., Петрик М. Г., Пукало А. Р., Петрик Р. М. Як же ж все-таки бути. Український бальнеологічний журнал, 2005 рік, № 3, 4. стор. 4—10.