

СХВАЛЕНО
розпорядженням Кабінету Міністрів
України
від _____ 2014 р. № _____

КОНЦЕПЦІЯ
побудови нової національної системи охорони здоров'я України

Визначення проблеми, на розв'язання якої спрямована
Концепція

Сучасний стан здоров'я населення України характеризується високими показниками захворюваності та смертності осіб працездатного віку, низьким рівнем середньої тривалості життя, що зростає дуже повільно порівняно з 1990 р. (1990 р.: чоловіки – 65,7, жінки – 75,0; 2012 р: чоловіки – 66,1 рік, жінки – 76,0 років, Європа: чоловіки – 72,5 роки, жінки – 80 років), відсутністю можливості у переважній більшості українців отримувати медичну допомогу на рівні стандартів цивілізованих країн світу. Україна переживає також глибоку демографічну кризу, внаслідок якої чисельність населення держави скоротилася за 20 років з 52 млн. до 45,3 млн. осіб.

Забезпеченню потреб населення у наданні якісної і доступної медичної допомоги перешкоджають глибинні проблеми, що виникли в охороні здоров'я (ОЗ), як складовій соціально-економічної системи країни.

До основних факторів, які унеможливають отримання якісних і доступних послуг з охорони здоров'я (далі — ОЗ) та характеризують існуючу застарілу модель ОЗ слід віднести такі:

- спрямованість ОЗ на лікування хвороб, а не на профілактику і формування культури здорового способу життя;
- надвисока бюрократизація і централізація системи управління з відсутністю самоврядування професійної діяльності та саморегулювання суб'єктів ринку ОЗ, залучення до управління галуззю інституцій громадянського суспільства й відірваністю пропонованих змін від громадської думки, від людей, для яких й проводяться ці перетворення;
- структурна неефективність галузі, низький рівень координації управління по вертикалі й горизонталі;
- залишковий принцип фінансування галузі та недостатність державних (суспільних) коштів, які включають Зведений бюджет і соціальне страхування (57,2% загальних витрат на ОЗ, Національні рахунки охорони здоров'я, 2012 р.) з одночасним залученням приватних напівтіньових і тіньових ресурсів, які є значними (40-42 %) і некерованими в інтересах суспільства; спрямованість наявних механізмів фінансування на розподіл й утримання потужностей, а не на цільові показники та результати роботи;

- надмірна централізація державних програм та відсутність єдиного медичного простору;
- недосконалість кадрового забезпечення, що обумовлено невідповідністю вимогам часу системи прийому у навчальні заклади, низькою якістю підготовки лікарів і середнього медичного персоналу, відсутністю ефективної системи безперервного професійного розвитку, заниженою соціальною значущістю професії медика, виходячи з рівня престижності, офіційних доходів і соціальних гарантій;
- обмеженість інформаційного забезпечення і освітніх програм, які б допомагали людям зробити усвідомлений вибір стосовно їх особистого здоров'я, правильного використання самодопомоги й професійної допомоги;
- низький рівень впровадження механізмів, що гарантують якість надання медичної допомоги, зокрема відповідальності медичного працівника бути гарантом високої якості медичної допомоги і системи в цілому в особі її керівників щодо забезпечення доступності медичної допомоги з огляду на мінімізацію ризиків вчасності та якості її надання;
- забезпечення технічними ресурсами є нерівномірним і таким, що не задовольняє потреби населення, ефективність їх використання низька.

На вирішення цих проблем спрямована реалізація положень Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я (далі — НСОЗ).

Аналіз причин виникнення проблеми та обґрунтування необхідності її розв'язання

Головним фактором низької ефективності реформ системи охорони здоров'я 90-х та першого десятиріччя цього століття стали безсистемність та відсутність комплексного підходу, недооцінка й ігнорування ролі та місця людського фактора при плануванні й проектуванні соціально-економічних реформ і трансформацій включно з неврахуванням інтересів безпосередньо пацієнтів та корпоративних інтересів медичних працівників – надавачів медичної допомоги.

Проведення, головним чином, технологічних, економічних, частково фінансово-бюджетних модернізацій в українській охороні здоров'я не супроводжувалось змінами поведінкових і сутнісно-управлінських відносин у організації медичної допомоги.

В українській системі ОЗ сформувалися псевдо ринкові економічні відносини.

Політичне керівництво держави, законодавча та виконавча гілки влади не прийняли для себе і не використовували у своїй повсякденній діяльності парадигму, в основі якої лежать принципи:

- права людини на здоров'я, як основи економічного і соціального розвитку, політичної стабільності й найважливішого критерію життя кожної людини, сім'ї, громади держави;

– прямої залежності економічної успішності держави від дієвості системи ОЗ, ключовим чинником якої є ефективність використання ресурсів у секторі ОЗ, особливо за умов їх обмеженості й усвідомлення того, що видатки на ОЗ виступають як об'єктивно необхідний елемент відтворення продуктивних сил;

– визнання за Міністерством охорони здоров'я провідної ролі у формуванні політики з ОЗ населення та визначенні шляхів її реалізації у тому числі через координацію усіх секторів, які мають відповідальність за вплив на здоров'я населення, що дозволяє максимально реалізувати потенціал усіх секторів економіки.

МОЗ України в основному займався другорядною поточною діяльністю, у зв'язку із низькою структурною ефективністю та обмеженим кадровим та технічним потенціалом. Стратегічні рішення та сучасні механізми управління галуззю і закладами охорони здоров'я, що пропонувалися МОЗ та базувалися на доказових даних (доказовий менеджмент), кращому національному і світовому досвіді часто нівелювалися у ході численних погоджень розроблених документів з їх вихолощуванням. Слабкість технічного та недостатність людського потенціалу МОЗ обмежували можливості комунікацій з регіонами та місцевим самоврядуванням, спрямованих на роз'яснення тих чи інших рішень і завдань чи їх своєчасну корекцію.

Відсутність можливостей впливу держави на кадрові рішення органів місцевого самоврядування у поєднанні з низькою якістю менеджменту в охороні здоров'я на рівні місцевих громад зумовили численні прояви правового нігілізму та нехтування рекомендаціями МОЗ щодо організації медичної допомоги населенню. В результаті реформи в ОЗ втрачали системність, ефективність їх знижувалась.

У наслідок цього зберігалась структурна неефективність ОЗ, яка значною мірою зумовлювала невідповідність системи потребам населення, що знаходить свій прояв у:

– низькій доступності первинної медичної допомоги (далі – ПМД) – кількість надавачів ПМД в Україні у кілька разів менша, ніж у країнах Європейського регіону, має місце регіональна та територіальна нерівність у забезпеченості населення цими закладами;

– збереженні переважно дезінтегрованого надання ПМД через низьку якість підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів, обмежену роль медсестер у наданні ПМД, відсутність належних умов для їх професійної діяльності та низьку якість управління ПМД;

– неврегульованості з боку ПМД доступу до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги (далі – ВМД) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (далі – ТМД), на відміну від країн з розвинутими системами ОЗ;

– нераціональній інфраструктурі та надмірних потужностях ВМД і ТМД, які є малоефективними через розпорошеність та технологічну

відсталість (Україна – 5 лікарень на 100 тис. населення, країни Центральної і Східної Європи – 2,7);

- вкрай недостатніх потужностях з надання паліативної допомоги та реабілітації, недостатнім застосуванням стаціонарозамінних технологій;

- наявності паралельних (відомчих) систем ОЗ та значної кількості закладів, що надають первинну та вторинну медичну допомогу, які знаходяться у безпосередньому підпорядкуванні МОЗ;

- нівелюванні у значній мірі профілактичної складової діяльності галузі, особливо у 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, відсутністю ефективних механізмів фінансування і мотивації праці (зокрема щодо здійснення профілактичних заходів);

- фрагментації системи охорони громадського здоров'я та неповна її інституалізація.

Система планування та використання бюджетних коштів ґрунтується на принципі утримання державних та комунальних ЗОЗ, без урахування обсягів і якості надаваної медичної допомоги.

Практично відсутня система управління якістю МД, залишається недостатнім рівень її стандартизації. Усі інструменти контролю якості (ліцензування та акредитації) фактично залишаються у відомчій приналежності та функціонують формально.

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

Ефективність фармацевтичної політики залишається низькою: дозвільна система та система контролю зарегульовані, відсутня прозора і зрозуміла державна політика з регулювання цін на лікарські засоби (далі – ЛЗ), недостатньо опрацьовано механізм відшкодування їх вартості (реімбурсації), аптечні заклади фактично перетворились у заклади торгівельної мережі, з нівелюванням медичної складової у їхній діяльності.

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

Запровадження базисних елементів НСОЗ потребує також урахування 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.

Це стосується наступних механізмів, які відпрацьовувались у попередні роки:

- об'єднання (створення більш потужних «пулів») бюджетних коштів на рівні регіону, що дозволило підвищити справедливість розподілу ресурсів ВМД та забезпечити більшу рівність у доступі до її послуг;
- структурне, функціональне та фінансове виділення ПМД, яке відбувалося шляхом створення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі – ЦПМСД);
- укладення договорів з ЦПМСД про медичне обслуговування населення та програмно-цільовий метод планування їхніх бюджетів;
- збільшення самостійності закладів охорони здоров'я в сфері використання бюджетних коштів через запровадження спрощеного порядку фінансування (за двома кодами економічної класифікації видатків);
- механізм вибору та зміни лікаря, що надає ПМД;
- механізм регульованого доступу до ВМД та ТМД через систему направлень;
- запровадження оплати праці з урахуванням обсягів і якості наданих послуг, у т.ч. профілактичної роботи, для працівників, які надають ПМД, що дозволяє суттєво збільшити рівень їхньої заробітної плати;
- формування нової системи 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 й оптимізації медичного маршруту пацієнта;
- планування спеціалізації ЗОЗ, які надають ВМД, у рамках підготовки до створення госпітальних округів.

Мета Концепції

Метою Концепції є визначення напрямків, організаційно-правових, управлінських та фінансово-економічних механізмів щодо побудови НС ОЗ, реалізація яких сприятиме створенню умов збереження здоров'я населення та ефективного надання медичної допомоги, з пріоритетом профілактичного напрямку, задля загального блага та захисту прав громадян на ОЗ.

Визначення оптимального варіанту розв'язання проблеми на основі порівняльного аналізу можливих варіантів

Можливі три варіанти розв'язання проблеми, що передбачають:

- перший варіант – призупинення перебудови галузі та скасування пілотного відпрацювання нової моделі надання медичної допомоги населенню, консервація існуючої ситуації у системі управління, фінансування, кадрового забезпечення сфери ОЗ, що призведе до погіршення стану здоров'я населення, поглиблення проблем у частині використання

фінансових ресурсів, посилення нерівності в доступі до МД, особливо серед соціально вразливих верств населення, подальшого зростання невдоволеності населення медичним обслуговуванням та політикою влади у сфері ОЗ;

– другий варіант – продовження модернізації тільки переважно ПМД, без змін у забезпеченні населення ВМД і ТМД, системі охорони громадського здоров'я, що призведе до подальшого поглиблення невідповідності між потребами населення у різних видах допомоги та обсягами її надання;

– третій варіант – реалізація основ європейської політики «Здоров'я-2020» через комплексний підхід до зміцнення здоров'я, профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань та запобігання їх несприятливим наслідкам, підвищення рівня благополуччя громадян, формування ефективної системи ОЗ, яка забезпечує населення доступною, якісною та безпечною МД у відповідності до стану здоров'я.

З наведених варіантів переваги має третій варіант. Цей варіант передбачає здійснення комплексу взаємопов'язаних заходів за наступними напрямками:

1. Управління галуззю охорони здоров'я – децентралізація та демонополізація системи управління наданням МД з поетапним переходом до державно-суспільного співуправління, що передбачає:

– узаконений розподіл повноважень між державними органами управління охороною здоров'я, корпоративними професійними організаціями, громадськими організаціями медичних працівників та пацієнтів і суб'єктами ринку в ОЗ,

– запровадження міжсекторального підходу до управління охороною здоров'я з провідною та координуючою роллю МОЗ України

2. Фінансування — диверсифікація фінансування та застосування ефективних механізмів фінансування в ОЗ, що передбачає:

– багатоджерельність фінансування: громадські джерела фінансування (бюджетні кошти, обов'язкове соціальне медичне страхування); добровільне медичне страхування, державно-приватне партнерство, кошти міжнародної технічної та фінансової допомоги, співплата МД населенням та фінансування з інших джерел, не заборонених законодавством;

– об'єднання громадських коштів у потужні пули;

– запровадження договірних відносин між фінансуючою стороною та постачальниками медичних послуг;

– створення механізму координації активності донорських організацій

у сфері охорони здоров'я.

3. Людський капітал:

- у підготовці кадрів – перехід в практичну площину підготовки кадрів на додипломному рівні та забезпечення безперервного післядипломного професійного зростання, націленого на освоєння та впровадження сучасних медичних та профілактичних технологій на всіх рівнях надання МД;

- у практичній діяльності – особисте ліцензування професійної діяльності лікарів;

- формування системи відповідальності медичного персоналу за результати діяльності;

- створення нової системи добору та навчання керівних кадрів в ОЗ та впровадження інституту менеджерів ЗОЗ.

4. Створення дієвої системи громадської охорони здоров'я (ГОЗ) шляхом:

- формування мережі інституцій ГОЗ, діяльність яких спрямована на забезпечення захисту та підтримки індивідуального та громадського здоров'я населення, профілактику виникнення інфекційних та неінфекційних захворювань;

- організації взаємодії системи ГОЗ з системою медичного обслуговування, перш за все зі службами ПМД.

5. Підвищення структурної ефективності МД шляхом:

- надання пріоритету розвитку мережі ПМД та наданню ПМД на засадах сімейної медицини;

- функціональної спеціалізації закладів ВМД за інтенсивністю і видами медичної допомоги

- чіткого визначення ЗОЗ ТМД,

- автономізації ЗОЗ з одночасною розбудовою системи громадського нагляду за їх діяльністю (громадських, опікунських і наглядових рад),

- створення єдиного медичного простору, здійсненню чого сприятиме реформування місцевого самоврядування та територіально-організаційної влади в Україні (госпітальні округи);

6. Оптимізація інформаційного забезпечення управління, інформатизація системи ОЗ, формування електронної системи ОЗ.

7. Стандартизація в ОЗ та контроль якості медичної допомоги – адаптація до

вимог нормативного регулювання ЄС на засадах дотримання ідеології безперервного покращення якості. Здійснення незалежного контролю якості МД.

8. Створення ефективної системи забезпечення населення лікарськими засобами (далі — ЛЗ).

9. Ефективне упереджувальне та професійне інформаційно-комунікаційне забезпечення перетворень у системі ОЗ, передусім щодо змін у організації медичної допомоги населенню.

Шляхи і способи розв'язання проблеми

Побудова НСОЗ ґрунтується на входженні України до світового співтовариства і європейських структур, що передбачає на основі вивчення доказових даних, передового досвіду і рекомендацій експертів ЄС перехід від моделі охорони здоров'я, що базується на принципах радянської системи Семашко, до формування НСОЗ, орієнтованої на зміцнення здоров'я та задоволення об'єктивних потреб населення у якісній медичній допомозі, удосконалення законодавства України та його адаптація до законодавства ЄС з урахуванням національних особливостей системи ОЗ.

Побудова НСОЗ передбачає формування в Україні моделі, яка характеризується такими основними ознаками:

- державно-суспільна модель управління охороною здоров'я;
- наявність сучасної системи громадської охорони здоров'я;
- структурне та фінансове розмежування медичної допомоги за її видами;
- формування мережі з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні; встановлення гарантованого рівня медичної допомоги; формування потужних пулів фінансових коштів;
- передача в спільну власність територіальних громад відомчих закладів охорони здоров'я (далі — ЗОЗ);
- запровадження договірних відносин між замовниками та постачальниками медичних послуг;
- контракування керівників ЗОЗ та лікарів, ліцензування лікарської діяльності;
- нові механізми оплати медичних послуг на підставі договорів, а також застосування механізму загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування;
- формування штатних розписів ЗОЗ залежно від обсягу та складності роботи, що виконується;
- оплата праці з урахуванням обсягів та якості роботи;
- функціонування системи безперервного поліпшення якості медичної допомоги;

- доступ пацієнтів до послуг лікарів спеціалістів і стаціонарів переважно за направленням лікаря первинної ланки – принцип воротаря (gatekeeper);

- вільний вибір лікаря первинної медичної допомоги;
- використання сучасних механізмів забезпечення доступності та якості лікарських засобів;

- відсутність дискримінації між державними та недержавними ЗОЗ.

Формування зазначеної моделі потребує здійснення таких кроків:

1. Удосконалення законодавства з охорони здоров'я, запровадження аналізу наслідків прийняття законодавчих актів та проведення моніторингу та оцінки їх реалізації; проведення періодичного аналізу отриманих проміжних результатів реалізації Концепції та забезпечення її коригування.

2. Зміну системи управління галуззю шляхом:

- функціональної реструктуризації МОЗ України зі зміцненням організаційного потенціалу на напрямках: громадська охорона здоров'я, ПМД, сестринство, інформаційно-комунікаційне забезпечення, виділення спеціалізованих структур із забезпечення розгляду звернень громадян та відповідей на інформаційні запити, передачі управління закладами охорони здоров'я, що мають прикріплене населення на місцевий рівень;

- формування системи ефективної взаємодії та зворотного зв'язку МОЗ та регіональних органів управління охороною здоров'я;

- створення системи професійного самоврядування (лікарі, молодші спеціалісти з медичною освітою, провізори), саморегульованих організацій надавачів медичної допомоги з поступовою, по мірі готовності, передачею регуляторних та управлінських функцій до структур громадянського суспільства;

- модернізації системи моніторингу діяльності і розвитку сфери ОЗ на основі вдосконалення системи індикаторів (з включенням до їх числа стандартизованих показників смертності, інтегративних індикаторів – DALY, HALE та ін..) із застосуванням сучасних інформаційних технологій;

3. Створення наскрізної системи захисту здоров'я населення, включно з безпекою довілля, харчування, водопостачання, безпекою у побуті та на робочому місці, що передбачає:

- створення умов для безпечного проживання та праці, ведення здорового способу життя;

- відповідальність за стан здоров'я всіх заінтересованих сторін: держави, підприємців, громадян;

- створення системи громадської охорони здоров'я інфраструктуру якої складатимуть центри контролю за захворюваннями та центри здоров'я,

які працюватимуть у тісній взаємодії з центрами первинної медико-санітарної допомоги та іншими секторами економіки, перш за все секторами освіти та соціального забезпечення.

4. Забезпечення належного рівня фінансування охорони здоров'я з диверсифікацією джерел фінансування шляхом:

- визначення гарантованого обсягу МД населенню в залежності від медичних показань, рівня надання медичної допомоги та обсягів видатків, який встановлюється щорічно і в обов'язково включає фінансування і ПМД, ЕМД, МД дітям, матерям та МД при соціально-небезпечних хворобах

- забезпечення в повному обсязі фінансування з державного бюджету національних та державних цільових програм в ОЗ за пріоритетними напрямками;

- створення умов для впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування з відповідними змінами податкового законодавства;

- спрямування більшої частини окремих податків (акцизний збір на алкогольні та тютюнові вироби, податки за екологічно шкідливе виробництво та несприятливі умови праці) на цільове фінансування ОЗ;

- стимулювання розвитку добровільного медичного страхування та розробки механізмів залучення населення до співоплати наданої МД для забезпечення її універсального покриття, стримування витрат і формування попиту;

- стимулювання державно-приватного партнерства передусім у цілях збільшення охоплення населення послугами високотехнологічної вторинної і третинної медичної допомоги;

- створення міжсекторальної координаційної ради при МОЗ України з питань донорської допомоги у сфері охорони здоров'я;

- надання пільг щодо оподаткування ЗОЗ і науковим медичним установам всіх форм власності за умови використання бюджетних коштів, а також власних надходжень залучених на заходи в охороні здоров'я та діяльність ЗОЗ;

5. Забезпечення ефективності використання фінансових ресурсів шляхом:

- поступового переходу від 3-х до 2-х рівневого бюджету охорони здоров'я зі створенням пулів коштів для забезпечення фінансування ЕМД, ПМД, ВМД, ТМД на рівні регіону, університетських клінік та клінік НДІ – на рівні держави;

- поступового щорічного збільшення частки фінансування ПМД і профілактики з підвищенням до 2020 року питомої ваги фінансування на ці цілі до 25-30% від загальних обсягів фінансування ОЗ з усіх джерел;
- відпрацювання механізмів автономізації ЗОЗ та укладання договорів про медичне обслуговування із забезпеченням їх відповідальності за результати діяльності;
- впровадження надання МД на договірних засадах між замовником та надавачем МД;
- планування бюджетів ЗОЗ за програмно-цільовим методом;
- фінансування ЗОЗ відповідно до договору на надання МД та фактичного обсягу і якості наданої медичної допомоги;
- впровадження ефективних механізмів фінансування, зокрема із застосуванням: для ПМД — подушного нормативу, коригованого за віком статтю, характером розселення (сільська місцевість / місто), та цільового фінансування за досягнення показників профілактичної роботи і якості наданих послуг, для ВМД і ТМД — глобального бюджету з поступовим переходом на фінансування за клінічно-пов'язаними групами;
- розробка та запровадження нових підходів до нормування праці, виходячи з інтенсивності навантаження і обсягів роботи.

6. Удосконалення системи кадрового забезпечення шляхом:

- запровадження резидентурної форми післядипломної освіти, що базується на принципах: рівності випускників контрактної та бюджетної форм навчання; рейтинговості в отриманні спеціалізації; долучення організацій громадянського суспільства (професійного самоврядування медичних працівників та саморегульованих організацій надавачів медичної допомоги) до усіх аспектів післядипломної освіти;
- створення університетських клінік на базі існуючих ЗОЗ та ВМНЗ;
- моніторинг оцінки якості навчання із залученням студентських організацій;
- надання організаціям громадянського суспільства (професійному самоврядуванню медичних працівників та саморегульованим організаціям надавачів медичної допомоги) права участі у оцінці якості підготовки кадрів;
- розбудови системи безперервного професійного розвитку і підтримки медичних працівників, розширення доступу до дистанційних форм навчання;
- розробки ефективної системи мотивації медичного персоналу до інтенсивної та якісної роботи, в тому числі його колективної

відповідальності, виходячи з якісно-кількісних показників роботи, як одного з головних чинників якості і безпеки МД;

- впровадження контрактів між замовником та керівником ЗОЗ, керівником ЗОЗ та медичними працівниками;

- забезпечення планомірної професійної підготовки та перепідготовки управлінського персоналу системи охорони здоров'я з переходом протягом 10-річного терміну до зайняття керівних посад в закладах охорони здоров'я професійними менеджерами;

- розвиток волонтерства в системах надання медичної допомоги та громадської охорони здоров'я.

7. Підвищення структурної ефективності МД шляхом:

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

- залучення лікарів ЗП-СЛ – фізичних осіб-підприємців до надання населенню ПМД, оплаченої за рахунок бюджетних коштів;

- оснащення закладів охорони здоров'я відповідно їх профілю і спеціалізації;

- збільшення доступності ЕМД шляхом розширення мережі пунктів постійного/тимчасового базування бригад ЕМД, оновлення автопарку санітарного транспорту, впровадження централізованої (на рівні регіону) диспетчеризації і маршрутизації;

- функціональна спеціалізація закладів ВМД з формуванням повної інфраструктури закладів нового типу відповідно до потреб населення — лікарень інтенсивного, планового, відновного лікування та хоспісів тощо у межах нових адміністративних територій (областей), створених в ході реформування місцевого самоврядування; передача відомчих закладів охорони здоров'я, а також ЗОЗ що мають прикріплене населення та знаходяться у підпорядкуванні МОЗ, на місцевий рівень з їх реорганізацією, виходячи з потреб населення в медичній допомозі

8. Вдосконалення інформаційного забезпечення управлінської діяльності та інформатизація галузі шляхом:

- удосконалення форм облікової та звітної медичної документації відповідно до потреб управління галуззю;

- запровадження управлінського обліку;

- створення електронної системи ОЗ, формування єдиного реєстру

пацієнтів та нозологічних реєстрів пацієнтів відповідно до національних та державних цільових програм;

- забезпечення захисту персональних даних пацієнтів;
- забезпечення інформатизації ЗОЗ;
- запровадження сучасної пацієнторієнтованої електронної системи обліку і звітності в ОЗ
- запровадження рейтингової оцінки модернізації галузі на державному, регіональному, місцевому рівнях;
- поступового переходу на електронний документообіг.

9. Запровадження системи управління якістю медичної допомоги на рівні держави, регіону, ЗОЗ, медичного працівника, зокрема моніторингу задоволеності пацієнтів її якістю шляхом:

- забезпечення переходу системи стандартизації медичної допомоги на міжнародний рівень розробки уніфікованих клінічних протоколів МД та медичних стандартів на засадах доказової медицини з поступовим скасуванням медичних стандартів розроблених виключно експертним методом;
- впровадження ефективної системи моніторингу індикаторів якості МД визначених уніфікованими клінічними протоколами медичної допомоги та медичними стандартами;
- подальшого розвитку формулярної системи лікарських засобів на засадах доказової медицини;
- впровадження в ЗОЗ локальних клінічних протоколів, що розробляються на основі уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги та локальних формулярів лікарських засобів;
- формування системи контролю якості медичної допомоги на принципах клінічного аудиту та моніторингу рівня задоволеності пацієнтів;
- удосконалення системи акредитації ЗОЗ, на основі незалежного оцінювання діяльності ЗОЗ та удосконалення критеріїв (стандартів) акредитації відповідно до європейських підходів та скасування їх ліцензування.

10. Забезпечення ефективної фармацевтичної політики через:

- спрощення та раціоналізацію дозвільної системи, збалансування системи контролю;
- впровадження і неухильне дотримання стандартів, правил і норм системи забезпечення якості та доступності лікарських засобів та медико-фармацевтичних послуг на основі дотримання принципів виробничої (GMP), клінічної (GCP), лабораторної (GLP), дистриб'юторської (GDP), аптечної

(GPP) та інших належних практик відповідно до вимог нормативного регулювання ЄС;

- стимулювання залучення інвестицій у вітчизняне виробництво лікарських засобів, що відповідають міжнародним стандартам, й створення технологічних парків з розроблення та виробництва інноваційних лікарських засобів;

- підтримку вітчизняного виробництва лікарських засобів, що спрямоване на експорт й імпортозаміщення, у тому числі за рахунок відпрацювання додаткових механізмів фінансування вітчизняних розробок і більш активної допомоги з боку міжнародних партнерів;

- розширення спектру лікарських засобів, на які ціноутворення регулюється з застосуванням механізму референтних цін; розширення застосування механізму відшкодування вартості ЛЗ (реімбурсації).

11. Здійснення ефективного інформаційно-комунікаційного забезпечення кроків з побудови НСОЗ та моніторингу громадської думки .

12. Забезпечення наукового супроводу побудови НС ОЗ країни та наукових досліджень на пріоритетних та інноваційних клінічних напрямках:

- визначення пріоритетними щодо отримання бюджетного фінансування наукових досліджень для інтеграції в європейський і світовий науковий простір на рівноправній та взаємовигідній основі, а також досліджень на найбільш значущих клінічних напрямках (кардіологія у т.ч серцево-судинна хірургія, онкологія, епідеміологія неінфекційних захворювань, соціально-небезпечні хвороби тощо) і напрямках, на яких Україна має світовий пріоритет; створення науково-дослідного інституту громадської охорони здоров'я, як науково-методичного центру проведення та координації стратегічних наукових досліджень з організації охорони здоров'я та розробки законодавства у сфері охорони здоров'я.

- створення Національного Центру контролю за громадським здоров'ям (захворюваннями) шляхом об'єднання функцій Державної санітарно-епідеміологічної служби України, Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально-небезпечних захворювань, Центру медичної статистики МОЗ України, та центральної СЕС.

Очікувані результати виконання Концепції, визначення її ефективності:

Очікувані результати обраховуються, починаючи з базового 2014 року до 2020 року.

Показники структури і процесу:

- скорочення середньої тривалості перебування у стаціонарі на 0,3 дні щорічно з досягненням показника 8,3 днів у 2020 році;
- збільшення щорічно на 5,0% питомої ваги хворих, що отримують медичну допомогу у стаціонарозамінних формах лікування з досягненням показника 40% від загальної кількості пролікованих стаціонарно в 2020 році;
- досягнення рівня госпіталізації 80% пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (далі – ГІМ) та гострим порушенням мозкового кровообігу (далі – ГПМК), політравмою у спеціалізовані відділення до 2020 року;
- зниження на 20% рівня госпіталізації (на 100 населення) до 2020 року;
- зниження на 30% показника викликів ЕМД/ШМД (на 100 населення);
- збільшення охоплення пацієнтів з артеріальною гіпертензією контрольованим лікуванням на 35 %;
- зменшення частки витрат на стаціонарну допомогу у загальних витратах на ОЗ до 46%;
- частка лікарів ЗП-СЛ у загальній кількості лікарів – 40%;
- частка витрат на ПМД від загальних обсягів фінансування галузі ОЗ – 25-30%;
- забезпечення ліжками для інтенсивного лікування у ЗОЗ ВМД та ТМД (багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування та ліжка для інтенсивного лікування високоспеціалізованих центрів) – 46 на 10 тис. населення;

Показники результату:

- зменшення на 25% показника госпітальної летальності у стаціонарах від ГІМ в 2020 році;
- зменшення на 40% показника госпітальної летальності у стаціонарах від інсультів 2020 році;
- зменшення на 35% показника госпітальної летальності у стаціонарах від травм в 2020 році;
- зменшення рівня малюкової смертності на 17%;
- зменшення рівня материнської смертності на 12%;

– зменшення рівня попереджувальної смертності населення працездатного віку на 19%.

Прийняття Концепції забезпечить розробку Плану дій з побудови НСОЗ, яким буде визначено конкретні заходи, реалізація яких забезпечить:

- 1) для пацієнтів та суспільства:
 - збільшення якості та доступності послуг з ОЗ;
 - зміну спрямованості правового регулювання в ОЗ від подолання наслідків порушень прав пацієнтів до їх запобігання.
 - зростання рівня задоволення населення послугами з ОЗ;
- 2) для медичних працівників:
 - забезпечення участі представників медичної громадськості та пацієнтів в реалізації заходів з побудови НСОЗ;
 - забезпечення безперервної освіти та професійної підтримки, як чинника професійного зростання та підвищення рівня економічного добробуту;
 - підвищення соціального престижу та поваги до професії медичного працівника, рівня заробітної плати в ОЗ;
 - забезпечення ефективної економічної мотивації до продуктивної і якісної праці медичних та фармацевтичних працівників;
 - вдосконалення нормативного регулювання вимог професійної етики медичних працівників, підстав та процедури притягнення до відповідальності за її порушення.
- 3) для держави:
 - наближення національного законодавства бази до європейських стандартів забезпечення високоякісної і доступної МД.
 - створення правових, економічних і організаційних умов для удосконалення державної політики у сфері ОЗ;
 - досягнення балансу між потребами населення у послугах з ОЗ, пріоритетами суспільства у сфері ОЗ і обсягами фінансових ресурсів, які скеровуються на ці цілі;
 - солідарну участь держави, роботодавців та територіальних громад у фінансуванні послуг з охорони здоров'я;
 - впровадження сучасних механізмів ефективного та раціонального

використання кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів системи ОЗ;

– розподіл відповідальності у сфері ОЗ за рахунок передачі повноважень від держави місцевим громадам та громадськості, автономізації медичних закладів та застосування ринкових регуляторів їх діяльності;

– зміцнення трудових ресурсного потенціалу за рахунок підвищення якості медичної допомоги, збільшення обсягів профілактики захворювань та ефективної діяльності громадської охорони здоров'я;

– підтримку населенням державної політики у сфері ОЗ.

Обсяг фінансових ресурсів

Фінансування заходів з реалізації Концепції здійснюється з державного та місцевих бюджетів у межах асигнувань, що передбачаються у бюджетах на відповідний рік, а також за рахунок міжнародної технічної та фінансової допомоги.