

Стислий виклад

# Подолання перешкод оперативної політики в сфері репродуктивного здоров'я України

на основі  
дослідження ефективності використання  
ресурсів в сфері РЗ України (2001-2002 роки)

проведеного



Жовтень  
2003 рік



## ПОДЯКА

Дане дослідження було проведено за підтримки проекту ПОЛІСІ групою фахівців Медичний Менеджмент та Аудит (МЕДМА), консалтинговою фірмою, що базується у Дніпродзержинську та Дніпропетровську, Україна. Основними дослідниками групи МЕДМА є доктор Олександр Васильович Мостіпан, директор; доктор Андрій Іванович Гайдук, медичний директор; та доктор Володимир Григорович Лепітько, ведучий експерт. Штат та консультанти проекту ПОЛІСІ працювали з групою МЕДМА над розробкою цього дослідження, аналізом результатів та над підготовкою цього звіту. Основними експертами від проекту ПОЛІСІ є Ніколь Джудіс, старший науковий співробітник; доктор Віктор Галайда, консультант проекту ПОЛІСІ; доктор Карен Харді, Директор з досліджень; та Варуні Дайратна, старший науковий спеціаліст.

У 2001 році Група по розробці політики (ГРП) при підтримці Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) звернулася до проекту ПОЛІСІ з пропозицією провести дослідження ефективності використання ресурсів у сфері репродуктивного здоров'я. Експерти хотіли б подякувати МОЗ та членам ГРП за їх розуміння та за їх підтримку протягом усього процесу розробки дослідження та його проведення. Це дослідження неможливо було б провести успішно без їх підтримки також у тому, щоб отримати відповідну інформацію у медичних закладах.

Місцеві адміністрації міст Кам'янець-Подільський та Світловодськ ініціювали процес аудиту своїх систем охорони здоров'я у 2000 році, у якому група МЕДМА відіграла визначну роль. Це дослідження є продовженням аудиту цих міст шляхом вивчення перешкод оперативних політик для ефективного надання медичних послуг з охорони репродуктивного здоров'я. Внесок багатьох людей, що брали участь у цьому дослідженні, заслуговує визнання, починаючи з Міського голови Кам'янця-Подільського Олександра Володимировича Мазурчака; Заступника міського голови з гуманітарних питань Дмитра Сергійовича Васильянова; Спікера міської ради, Сергія Віталійовича Бабія; Головного лікаря Кам'янець-Подільської центральної районної лікарні Аркадія

Ісаковича Флаксенберга; Головного акушер-гінеколога Кам'янець-Подільського району Володимира Миколайовича Поліщука; Головного лікаря жіночої консультації Кам'янець-Подільської центральної районної лікарні Валентини Яківни Грушкової; Міського голови Світловодська Віктора Олексійовича Болобана; Начальника управління охорони здоров'я Кіровоградської обласної адміністрації Володимира Васильовича Бондаренка; та Головного лікаря Світловодської центральної районної лікарні Людмили Валентинівни Подольської, які продемонстрували лідерство та ентузіазм протягом всієї ініціативи. Міські та районні адміністрації виказували підтримку та сприяли експертам, дозволивши проведення дослідження у медичних закладах. Численні представники міської та районної спільноти з охорони здоров'я люб'язно приділили свій час, досвід та знання, які збагатили всі аспекти цього дослідження. Вони продовжують демонструвати свою зацікавленість у поліпшенні репродуктивного здоров'я, працюючи у співробітництві та надаючи свою підтримку у поліпшенні планування програми з питань репродуктивного здоров'я. Ця група включає Василя Миколайовича Завалецького, Дзвеніславу Любомирівну Цуглевич, Анатолія Васильовича Панчішина, Надію Іванівну Антонецьку, Анатолія Петровича Щурика, Сергія Володимировича Гудзяка, Валентину Петрівну Войцехівську та Артура Миколайовича Савицького. І нарешті, ми дякуємо всім анонімним пацієнтам, які добровільно взяли участь у опитуваннях, проведених для Модуля 6.

Дослідники хотіли би подякувати наступним рецензентам, науковим асистентам та редакторам за їх цінний внесок у розробку дослідження, у його виконання та у проведення аналізу: Кокілі Агарваль, Аніті Бхуян, Морін Клайд, Гаррі Кроссу, Шеррін Рейд, Андрію Гуку, Моніці Медрек, Роні Падбергу, Суніті Шарма, Керол Шепард та Чаку Уілкінсону.

І, нарешті, експерти дякують АМР США/Вашингтон за надання основних фондів для підтримки цього дослідження.

# Подолання перешкод оперативної політики в сфері репродуктивного здоров'я України

Українська Група з розробки політики (ГРП) – це міжурядова, багатогалузева мережа фахівців, метою якої є поліпшення надання послуг з РЗ в Україні, як з точки зору якості, так і доступності. Один з перших результатів роботи групи полягав у розробці *Національної програми “Репродуктивне здоров'я 2001–2005”* (НПРЗ), яку було прийнято 26 березня 2001 р. Визначення та розробка стратегій подолання перешкод оперативної політики (Вставка 1) є ключовим компонентом

ефективної реалізації цієї програми. В 2001 р. ГРП визначила 26 перешкод оперативної політики у сфері надання якісних послуг з РЗ, передбачених НПРЗ. Деякі перешкоди можуть бути усунуті відразу шляхом прийняття Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ) відповідних інструкцій та наказів.

Між тим, інші перешкоди потребували подальшого дослідження для визначення їх основних причин та розробки конкретних рекомендацій для запровадження змін у політиці в сфері РЗ. Зокрема, ГРП визначила проблему неефективного використання ресурсів — фінансових, кадрових та матеріальних — як найбільшу перешкоду для надання якісної допомоги в сфері РЗ в Україні. В умовах обмеженості ресурсів у сфері охорони здоров'я, уряди країн та окремі громади мають найоптимальніше використовувати свої інвестиції і відповідно повинні намагатися забезпечити найбільш ефективне та продуктивне використання наявних ресурсів.

## Вставка 1: Що таке оперативна політика?

Оперативна політика – це сукупність правил, керівництв, оперативних процедур та адміністративних норм, якими користуються уряди для втілення національних законів та політик у програми та послуги. Така політика може встановлювати перешкоди для надання послуг завдяки недостатності керівництва політикою, неправильно скерованої розробки політики, та неправильно скерованого впровадження відповідної політики (Cross, Hardee and Jewell, 2001)

У цьому узагальненому викладі представлені основні результати дослідження, проведеного групою фахівців компанії “Медичний менеджмент та аудит” (МЕДМА) та Проектом ПОЛІСІ<sup>1</sup> за дорученням ГРП. Зокрема, в звіті по даному дослідженню даються рекомендації щодо подолання трьох основних перешкод:

- *Неефективного використання на рівні закладу* робочого часу персоналу, ліжкового фонду, а також витратних матеріалів та обладнання;
- *Відсутності гнучкості в асигнуваннях з міського бюджету* на охорону здоров’я та при прийнятті фінансових рішень на рівні закладу;
- *“Тіньової економіки” в сфері охорони здоров’я* з точки зору пацієнтів та її зв’язок з неефективним розподілом ресурсів.

## Методологія

Це дослідження було проведено в окремих закладах, які надають послуги з РЗ на рівні міста та району в м. Кам’янець-Подільському Хмельницької області та в м. Світловодську Кіровоградської області. Ці міста представляють різні регіони України — Кам’янець-Подільський розташований на заході, а Світловодськ – на сході України. Кожен із закладів, охоплених дослідженням, надає медичну допомогу близько 100 тис мешканцям. У Світловодську міські та районні служби охорони здоров’я уже багато років функціонують як одне ціле, у той час, як в Кам’янець-Подільському міські та районні заклади відокремлені один від одного, але дублюють послуги, які надають. Дослідження складалося з 7 різних модулів, опис яких дається на Рисунку 1. Саме дослідження на місцях проводилося з грудня 2001 по квітень 2002 року.

---

<sup>1</sup> Проект ПОЛІСІ (POLICY) надає допомогу у розробці політики, яка сприяє і підтримує доступ до високоякісних програм в сфері планування сім’ї/репродуктивного здоров’я (ПС/РЗ), ВІЛ/СНІД та материнського здоров’я в країнах, що розвиваються. Проект фінансується Агентством США з міжнародного розвитку (АМР США) і виконується компанією Futures Group International у співробітництві з Центром розвитку та демографічної діяльності (CEDPA) та Research Triangle Institute (RTI).

## **Фінансування охорони здоров'я в Україні**

Починаючи з 2001 року, коли було запроваджено подушне фінансування, міста та райони отримують асигнування в залежності від кількості населення. На рівні міста, де отримують медичні послуги більшість пацієнтів, у 2002 р.<sup>2</sup> подушне фінансування з міського бюджету складало близько 70 гривень<sup>3</sup>. У багатьох частинах України пацієнтами міських медичних закладів є не лише міське населення. Наприклад, в Кам'янці-Подільському в першому кварталі 2002 року 13% пацієнтів фактично склали мешканці району (мешканці сіл та інших міст). Міський заклад охорони здоров'я не отримує додаткових коштів на лікування цих пацієнтів і повинен використовувати свої обмежені ресурси, призначені лише для мешканців міста.

Хоча зараз бюджетні кошти розподіляються в міста та області у відповідності до формули подушного фінансування, застарілі нормативи все ще впливають на розподіл коштів між медичними закладами. Сприяють неефективності і деякі накази МОЗ: наказ від 23 січня 2000 року №33 “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я”, а також наказ МОЗ від 24 березня 1998 року №74 “Про орієнтовні нормативи потреби у стаціонарній допомозі дітям, вагітним, роділлям, породіллям та гінекологічним хворим”.

Ці накази, перш за все, орієнтовані на кількість стаціонарних ліжок (наприклад, один акушер-гінеколог на 15 акушерсько-гінекологічних ліжок) та на кількість амбулаторних відвідувань. У відповідності до цих наказів керівники медичних закладів не мають повноважень приймати рішення щодо потреб свого закладу у персоналі або ліжках. Згідно з наказом МОЗ №33 кількість штату обчислюється на основі кількості ліжок у закладі, а кількість ліжок, згідно з наказом МОЗ №74, – на основі кількості населення (5 акушерських ліжок на 10 тис мешканців). Якщо керівник закладу приводить кількість ліжок та штатних працівників у відповідність з фактичними потребами, і при цьому вони є меншими від передбачених в наказах, заклад може отримати менше коштів на

---

<sup>2</sup> Закон України “Про державний бюджет на 2002 рік.”

<sup>3</sup> Приблизно \$12,76.

наступний рік. У результаті в надавачів медичних послуг або керівників медичних закладів немає економічних стимулів надавати якісну допомогу або поліпшувати свою роботу, що б призвело до зменшення кількості звернень та скорочення термінів перебування хворих в стаціонарних умовах.

Враховуючи значний дефіцит бюджету в галузі охорони здоров'я в Україні, ефективне використання ресурсів у секторі РЗ є вельми важливим питанням. Без вирішення проблем неефективного використання ресурсів, лише шляхом збільшення обсягу ресурсів в системі охорони здоров'я, неможливо вирішити хронічні проблеми в охороні здоров'я, в т.ч. і в сфері РЗ. Брак коштів є наслідком не тільки недостатнього рівня бюджетних асигнувань, але також і неефективної практики та стратегії використання обмежених ресурсів. За словами В. Лехан та колег<sup>4</sup>, „Збереження існуючих підходів до розподілу фінансових коштів всередині галузі робить проблему дефіциту коштів такою, яку неможливо розв'язати навіть при поліпшенні загальної економічної ситуації”.

---

<sup>4</sup> В.М.Лехан, Д.М.Джафарова, С.І. Биченко. 2002 р. “Стратегічні підходи до фінансування медичних служб” в “*Стратегічних напрямках розвитку охорони здоров'я в Україні*”. Під заг. ред. проф.В.М. Лехан.

## Ключові моменти

- ☑ *Децентралізація процесу прийняття фінансових рішень до місцевого рівня та рівня закладу.* Діючий підхід до бюджетного фінансування не враховує адекватно місцеві потреби і призводить до нестачі коштів для забезпечення роботи закладів, технічного обслуговування обладнання, придбання ліків та витратних матеріалів. Внаслідок бюджетного дефіциту та застарілих і неефективних оперативних політик більша частина бюджету охорони здоров'я витрачається на заробітну плату та нарахування на неї (внески на соціальне страхування), а інші бюджетні статті або зовсім не фінансуються, або фінансуються лише частково.
- ☑ *Оптимізація кількості штатних працівників, ліжок та закладів до рівня, який би адекватно відповідав місцевим потребам, а також більш ефективне використання робочого часу.* Поточні нормативні умови сприяють недостатньому використанню робочого часу та ліжкового фонду в амбулаторних та стаціонарних закладах. Нестача пацієнтів для забезпечення постійної, повної зайнятості персоналу компенсується утриманням пацієнтів в лікарні або принаймні реєстрацією їх у лікарні протягом довшого часу, ніж це необхідно. Результати дослідження свідчать, що існують значні розбіжності в звітності щодо рівня зайнятості ліжок та фактичною кількістю пацієнтів, які знаходяться в стаціонарі. Це створює хибне враження зайнятості надавачів послуг і служить виправданням існуванню надмірної кількості зайвого штату та ліжок. Марна витрата кадрових та фінансових ресурсів веде до зменшення ресурсів на інші аспекти надання медичної допомоги, наприклад, на придбання ліків та витратних матеріалів, і негативно впливає на процес надання медичних послуг та якість допомоги.
- ☑ *Поліпшення системи направлень та координації роботи між закладами та відділеннями.* Багато пацієнтів утримуються в лікарні надто довго або госпіталізуються для проходження аналізів та обстеження, що можна робити в амбулаторних умовах. Крім того, існуюча практика надання медичної допомоги не забезпечує максимального використання наявного обладнання. Медичним закладам та клінікам не вистачає певних видів обладнання, що обмежує діагностичні можливості, а також обсяг та якість послуг, що можуть бути наданими.

## **Ключові моменти (продовження)**

- ☑ *Розробка альтернативних механізмів оплати та розподілу коштів.* Незважаючи на конституційне право на безоплатне медичне обслуговування в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, більшість опитаних пацієнтів повідомили, що вони змушені купувати ліки та витратні матеріали для свого лікування, а також безпосередньо (підпільно) платити надавачам послуг (Модуль 6). Якщо б такі платежі за послуги з РЗ були легалізовані і надходили б до бюджету закладу, система охорони здоров'я могла б використовувати ці надходження більш ефективно та повідомляти своїх пацієнтів про стандартні тарифи на послуги в сфері РЗ. Такі офіційні платежі дозволили б закладам підвищити якість медичної допомоги, були б зручними для пацієнтів і дали б можливість закладам охорони здоров'я покривати витрати на лікування бідних прошарків населення.

## РИСУНОК 1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ (СТИСЛО):

**Модуль 1:**  
Оцінка  
використання  
часу

**Вибірка:** 67 надавачів послуг (в тому числі лікарі, медсестри та акушерки) з 15 медичних закладів або відділень, включаючи стаціонари та амбулаторні клініки; 134 спостереження, всього спостережень протягом 977 годин

**Метод та мета:** Пряме спостереження з метою визначення розподілу робочого часу на лікування пацієнтів, адміністративні обов'язки та незайнятий час.

**Модуль 2:**  
Оцінка  
персоналом  
використання  
свого часу

**Вибірка:** 66 надавачів послуг (в тому числі лікарі, медсестри та акушерки) з 15 медичних закладів або відділень, включаючи стаціонари та амбулаторні клініки

**Метод та мета:** Інтерв'ю з надавачами послуг як доповнення до оцінки використання часу і визначення оцінки надавачами послуг, як вони використовують свій робочий час; оцінка, як можна було б використовувати його більш ефективно.

**Модуль 3:**  
Аналіз  
використання  
ліжкового  
фонду

**Вибірка:** Всі стаціонарні ліжка та картки пацієнтів з 12 стаціонарних закладів у два моменти часу

**Метод та мета:** Пряме спостереження з метою визначення того, чи не є зареєстровані пацієнти фактично відсутніми у закладі; визначення обґрунтованості використання стаціонарного ліжкового фонду; та оцінка обґрунтованості тривалості перебування хворих в стаціонарі.

**Модуль 4:**  
Аналіз  
тривалості  
перебування  
в стаціонарі

**Вибірка:** 240 карток пацієнтів з 12 стаціонарних відділень в різні проміжки часу протягом року (20 випадково вибраних карток з кожного місця дослідження)

**Метод та мета:** Детальний огляд та аналіз карток пацієнтів з метою визначення обґрунтованості тривалості перебування в стаціонарі та проходження лабораторних аналізів.

## РИСУНОК 1 (ПРОДОВЖЕННЯ). МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ (СТИСЛО):

**Модуль 5:**  
**ОЦІНКА**  
**НАЯВНОСТІ**  
**РЕСУРСІВ**

**Вибірка:** 15 завідуючих відділень

**Метод та мета:** Опитування з метою оцінки кількості відвідувань по кожному типу послуг з РЗ; порівняння обов'язкових штатних нормативів, норм обладнання та витратних матеріалів з фактично наявними для використання; підстави придбання обладнання в минулому році.

**Модуль 6:**  
**ОПИТУВАННЯ**  
**ПАЦІЄНТІВ**  
**ПІСЛЯ**  
**ОТРИМАННЯ**  
**МЕД. ПОСЛУГ**

**Вибірка:** 291 пацієнтів, стаціонарних (177) та амбулаторних (114)

**Метод та мета:** Співбесіда при виписці з метою збору інформації про оплату зі сторони пацієнтів; вплив платежів зі сторони пацієнтів на рівень відвідування медичних установ та використання ліків; а також думка пацієнтів щодо якості допомоги та реформи системи охорони здоров'я міста.

**Модуль 7:**  
**ОПИТУВАННЯ**  
**КЕРІВНИКІВ**  
**ЩОДО**  
**ПРИЙНЯТТЯ**  
**ФІНАНСОВИХ**  
**РІШЕНЬ**

**Вибірка:** 5 керівників закладів

**Метод та мета:** Інтерв'ю з керівниками закладів з метою виявлення їхньої думки щодо процесу прийняття фінансових рішень на рівні закладу, міста, району, області та країни; вивчення їхнього ставлення до децентралізації процесу складання бюджету.

# Основні результати дослідження: Яким чином перешкоди оперативної політики впливають на надання послуг?

## Децентралізація процесу прийняття фінансових рішень до місцевого рівня та рівня закладу

*Діючий підхід до бюджетного фінансування не враховує адекватно місцеві потреби. Внаслідок бюджетного дефіциту та неефективності використання ресурсів багато важливих статей не фінансуються.*

- Асигнування в бюджет лікарні базуються на нормативах кількості штату та ліжок, та у відповідності до того, чи були виконані норми ліжко-дня в попередньому році. Асигнування в бюджет амбулаторного закладу залежать від того, чи було виконано план кількості відвідувань. Крім того, кінцевий розмір бюджету залежить від наявних коштів, обсяг яких набагато

### **Вставка 2: “Тіньовий” сектор охорони здоров’я**

У Статті 49 Конституції України говориться, що “державна створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров’я медична допомога надається безоплатно;” Однак, враховуючи дефіцит бюджету, пацієнти часто купують ліки та витратні матеріали для свого лікування. Деякі заклади просять своїх пацієнтів робити “благодійні внески” для покриття витрат на лікування. Деякі надавачі послуг також просять у пацієнтів пряму оплату за надання послуг або поліпшення якості допомоги, що надається. Такі “приховані” платежі є незаконними. Однак, медпрацівники іноді змушені приймати пряму оплату пацієнтів або проводити приватний прийом пацієнтів у державних медичних закладах для того, щоб заробити достатньо для підтримки своїх сімей. В Україні є достатньо значна кількість пацієнтів, які бажають і спроможні платити за медичні послуги, але ці кошти можна було б використовувати більш ефективно шляхом їх реінвестування у систему охорони здоров’я для усунення бюджетного дефіциту.

нижче потреб закладу. П'ять опитаних керівників закладів (Модуль 7) сказали, що бюджетних коштів, як правило, вистачає менш як на половину потреб закладу.

- Більша частина бюджету охорони здоров'я витрачається на виплату заробітної плати та внесків на соціальне страхування, а інші статті або зовсім не фінансуються або фінансуються лише частково. Наприклад, в місті Кам'янці-Подільському асигнування на статті “Заробітна плата” та “Внески на соціальне страхування” склали 86% бюджету охорони здоров'я за 2002 рік. У таких випадках, коштів, що виділяються на придбання найважливіших ліків та витратних матеріалів, як правило, вистачає лише на деяку частину ліків, які заклад згідно з законом має надавати вразливим групам населення. Опитування керівників закладів показало, що кошти, які виділяються на придбання основних ліків та харчування, покривають лише 5-20% фактичної потреби.

*“Медичний заклад має отримувати загальну суму бюджету, а не бути “прив'язаним” до статей. Ця загальна сума має визначатися, виходячи з обсягу послуг, що надаються цим закладом.”*  
— Керівник закладу

- Керівники закладів можуть пропонувати Виконавчому комітетові місцевої ради внесення змін в постатейні асигнування. І лише після схвалення Радою керівники медичних закладів можуть переносити кошти з однієї статті на іншу. Такий тип системи складання бюджету не дає керівникам закладів можливості встановлювати пріоритети та перерозподіляти фінансові ресурси, коли в цьому є потреба.

*Наприклад, придбання обладнання, його технічне обслуговування та ремонт – хоча вони рідко фінансуються в повній мірі – відносяться до різних статей. Це обмежує гнучкість можливого використання цих коштів для задоволення потреб закладу в обладнанні.*

- В Україні бюджети закладів охорони здоров'я мають окремі статті на придбання обладнання, технічне обслуговування та ремонт. Кошти, що виділяються на придбання обладнання, не можуть використовуватися для техобслуговування, і, навпаки, без чіткого дозволу зі сторони міської Ради.
- У багатьох випадках обладнання перебуває в поганому технічному стані, або термін його експлуатації вже закінчився, що погіршує якість та наступність надання медичної допомоги. В результаті старіння, більшість обладнання потребує частого коштовного техобслуговування. Як правило, техобслуговування не планується через нестачу коштів, що закладаються в бюджетну статтю техобслуговування. Зламане обладнання буде стояти без використання, і заклад або придбає нове обладнання, або використовуватиме те обладнання, що залишилося, більш інтенсивно, ніж це передбачено технічними рекомендаціями, або перестане надавати власне цю послугу.

## **Надмірна кількість штату та неефективне використання робочого часу**

*Неефективні нормативи та моделі штатного забезпечення можуть впливати на використання ресурсів та якість допомоги.*

Діючі нормативні умови сприяють недостатньому використанню робочого часу та ліжкового фонду в амбулаторних та стаціонарних умовах. Нестача пацієнтів для забезпечення постійного, повного робочого навантаження компенсується шляхом утримання пацієнтів в лікарні або принаймні шляхом реєстрації їх у лікарні на період більший, ніж це необхідно. Це, в свою чергу, призводить до викривлень в статистиці і створює хибне враження зайнятості медпрацівників, а також продовжує бути виправданням надмірної кількості штату. Як результат, витрати кадрових та фінансових ресурсів приводять до зменшення ресурсів на інші статті, пов'язані з наданням медичної допомоги, наприклад, на придбання ліків та витратних матеріалів і негативно впливають на процес надання медичних послуг та якість допомоги.

***Норми, що регулюють рівні штатного забезпечення, базуються на стандартизованих формулах і не дозволяють керівникам закладів самим регулювати рівні штатного забезпечення в залежності від обсягу допомоги, що надається медичним закладом.***

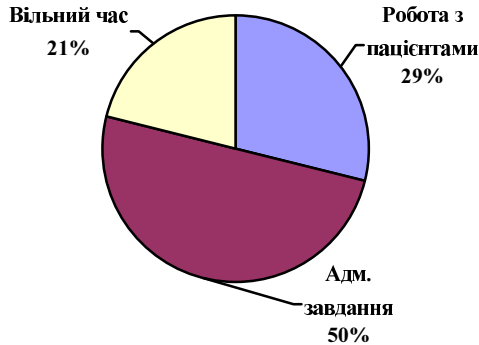
Вищезгадані накази МОЗ та методи розрахунку кількості штату сприяють низькому рівню використання потужностей закладу та неефективності використання ресурсів. Незважаючи на зниження рівня народжуваності та, як результат, меншої потреби в акушерських послугах, кількість акушерського штату на одиницю населення не змінилася. Більш того, має місце неповне використання кадрових ресурсів, оскільки та ж сама кількість акушерок, медсестер та лікарів розміщуються на робочих місцях протягом 24 годин, незважаючи на малий обсяг допомоги, що надається вночі та у вихідні та святкові дні.

***Надавачі стаціонарних та амбулаторних послуг витрачають значну частину часу на адміністративні обов'язки та сидіння без діла.***

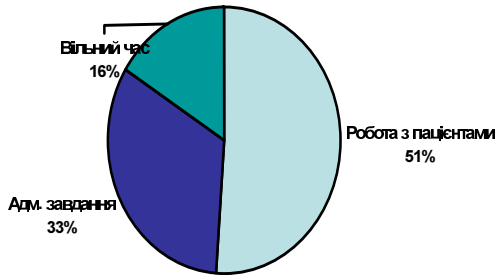
- Надавачі амбулаторних послуг, які брали участь в дослідженні використання часу витрачають 50% часу своєї зміни на *адміністративні функції*, включаючи роботу по заповненню документації, що складає 84% всього адміністративного часу (Рис. 2). *Перерви в роботі* (наприклад, паління, приватні розмови, та інше.) склали 21% робочого часу зміни, більшість якого було витрачено на сидіння без діла (51%). *Безпосередня робота з пацієнтами* (наприклад, огляд та бесіди з пацієнтами) склали менше ніж 1/3 (29%) всього робочого часу однієї зміни. Спеціалісти з питань планування сім'ї витрачають більшість часу з пацієнтами (53%) та акушерки витрачають більшість часу на адміністративні завдання (65%).
- Згідно результатів аналізу використання часу, надавачі стаціонарних послуг витрачають більше часу на роботу з пацієнтами, ніж надавачі амбулаторних послуг. Однак, надавачі стаціонарних послуг витрачають лише половину (51%) свого часу *безпосередньо на роботу з пацієнтами*; ще 33% часу зміни витрачається на *адміністративні завдання*; а *перерви в роботі*

склали 16% проаналізованого часу (Рис. 3). Медпрацівники витрачають більше часу на роботу з хворими по понеділках та п'ятницях, а в інші дні та у вихідні – менше.

**Рисунок 2. Використання робочого часу персоналу в амбулаторних закладах: міста та райони Кам'янка-Подільського та Світловодська, Україна (2001-2002)**



**Рисунок 3. Використання часу персоналу у стаціонарних відділеннях: міста та райони Кам'янка-Подільського та Світловодська, Україна (2001-2002)**



- У порівнянні з іншими стаціонарними відділеннями, медпрацівники відділень патології вагітності витрачають найменшу кількість часу на роботу з пацієнтами (46%), на адміністративні обов'язки (28%), і найбільшу кількість часу – на сидіння без діла (26%) (Табл. 1). Ця різниця відображає найменший обсяг допомоги, що надається в цих відділеннях,

(що також підтверджується результатами Модуля 3: Аналіз використання ліжкового фонду). Серед різних спеціальностей, за якими велося спостереження, дермато-венерологи та неонатологи витрачають найменше часу своєї робочої зміни на роботу з пацієнтами.

**Таблиця 1. Час, затрачений надавачами стаціонарних послуг на роботу з пацієнтами, адміністративні завдання, процедури та перерви в роботі; по відділеннях (у %): м. Кам'янець-Подільський та Кам'янець-Подільський район, м. Світловодськ, Україна (2001-2002 рр.)**

Відділення	Робота з пацієнтами	Адміністративні завдання	Перерви в роботі	N
Дермато-венерологічне	56	33	11	8
Гінекологія	52	34	14	28
Пологове	52	34	14	40
Патології вагітності	46	28	26	14

N= Кількість спостережень

*Великі перерви в роботі та неповна зайнятість персоналу можуть пояснюватися більшою кількістю штату, ніж це потрібно для забезпечення обсягу допомоги, що надається даним закладом.*

#### **Вставка 3: Актуальна проблема**

Усі штатні працівники витрачають багато часу на виконання адміністративних завдань, в яких немає необхідності або які могли б виконуватися немедичним персоналом. Наприклад, в деяких закладах та відділеннях ведеться надто багато документації — в одному відділенні дослідникам показали 86 журналів, які мають заповнювати щодня акушерки та медсестри.

Протягом періоду дослідження кількість пацієнтів, які відвідували надавачів амбулаторних послуг, була нижчою, ніж це передбачається нормативами МОЗ (Модуль 5: Оцінка наявності ресурсів).

Аналіз перерахунку річного обсягу навантаження хворими, виходячи з 2-місячного періоду, показує, що акушери-гінекологи в середньому за рік приймають 1 019 пацієнтів. Однак, один акушер-гінеколог може прийняти за рік 6 500 хворих (враховуючи час на адміністративну роботу та норму, встановлену МОЗ, - 12 хвилин на одного пацієнта). Зокрема, акушери-гінекологи мали менше

навантаження під час другої (вечірньої) зміни і, зазвичай, витрачали менше часу на роботу з пацієнтами протягом цієї зміни. Це приклад малого обсягу допомоги та надмірної кількості лікарів на контингент населення, що обслуговується.

***Внаслідок неповного використання штату надавачі послуг з медичною освітою не можуть використовувати свої навички максимально і часто витрачають час на непрофесійні завдання.***

Згідно з аналізом використання часу, як правило, медпрацівники мають неповне завантаження роботою. Крім того, лікарі надають послуги, які можуть надаватися медсестрами або акушерками, а, в свою чергу, медсестри та акушерки виконують функції, які можуть брати на себе немедичні працівники. Без практики висококваліфікований персонал може втратити свої медичні навички та кваліфікацію. Хоча акушерки мають багато незайнятого часу, здається, що вони краще використовують свої медичні навички в стаціонарних умовах. У жіночих консультаціях медсестри та акушерки, перш за все, виконують секретарські та адміністративні завдання, в той час як лікарі ведуть клінічну роботу.

***Більшість надавачів послуг вважають, що їх час може використовуватися більш ефективно. Зокрема, вони бажають, щоб було зменшене їх адміністративне навантаження, а немедичні/нетехнічні завданням були передані відповідному персоналу.***

Більше половини (58%) респондентів в опитуванні надавачів послуг (Модуль 2) вважають, що їхній робочий час використовується неефективно. Ось що вони пропонують для підвищення ефективності:

- Скорочення часу, що витрачається на роботу з документацією;
- Спрощення вимог до звітності та реєстрації пацієнтів;
- Переведення інформації про пацієнтів з паперів на електронні носії інформації; та

- Передачу обов'язків, виконання яких не потребує ліцензованих медичних навичок, немедичним працівникам, наприклад, секретарському штатові.

## Надмірний ліжковий фонд у лікарнях

*Керівники закладів не мають повноважень приймати рішення щодо потреб закладу в ліжковому фонді.*

У відповідності до наказу МОЗ №74 передбачається конкретна кількість ліжок на певну кількість населення. Незайняті ліжка<sup>5</sup>, які обслуговуються надмірним штатом з неповним робочим навантаженням, ще більше сприяють неефективності в сфері РЗ України. Для виконання передбаченої норми ліжко-днів у відділенні пацієнтам пропонують довше залишатися у стаціонарі, або історії хворих продовжують вестися навіть після фактичного залишення пацієнтами стін закладу. Це означає, що стаціонари надають послуги, які можуть надаватися амбулаторно або вдома з тим, щоб штучно завищити кількість ліжко-днів.

### Вставка 4: Актуальна проблема

Розподіл кадрових ресурсів в міських та обласних закладах має зв'язок з розміром ліжкового фонду, незважаючи на фактичне використання цих ліжок. Наприклад, нормативами передбачено 5 акушерських ліжок на 10 тис. мешканців, і міський заклад повинен мати 50 таких ліжок — насправді, в ньому 60 акушерських ліжок. Однак, у 2001 році в місті народилося лише 820 дітей, що відповідає 2,2 пологам кожного дня. Незважаючи на низький попит, місто продовжує утримувати кількість штату, що необхідна для обслуговування всіх 60 ліжок. Кошти, які йдуть на утримання зайвого штату, могли б бути використані на поліпшення якості послуг, доступності допомоги в сфері РЗ, оплати ліків та матеріалів, а також ремонт обладнання та інфраструктури.

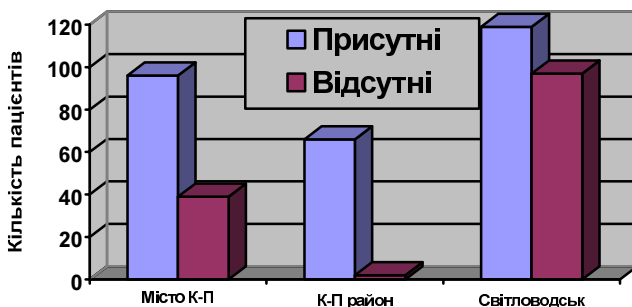
<sup>5</sup> Це процент від загальної кількості ліжок відділення, що не були зайняті під час проведення даного дослідження. Сюди входять ліжка, які не були зареєстровані як такі, що зайняті, а також вільні ліжка внаслідок відсутності пацієнта у відділенні.

*Існують значні розбіжності в звітних даних про зайнятість ліжок та фактичною кількістю пацієнтів, що спостерігалися в стаціонарних закладах.*

Аналіз зайнятості ліжкового фонду був спрямований на виявлення фізичної присутності пацієнтів у стаціонарних відділеннях з метою визначення того, чи є пацієнти, яких зареєстровано в лікарні, але які відсутні в стаціонарі. Загалом, цей аналіз показав, що:

- Лише 63% серед зареєстрованих пацієнтів, які не були оперовані і не мали пологів, були фізично присутні в лікарні.
- Пацієнти, що проживають в районі, а не в місті, були менш схильні їздити додому на ніч або на вихідні, ніж мешканці міста. Хоча 97% зареєстрованих пацієнтів у медичних закладах Кам'янець-Подільського району були фізично присутніми в стаціонарних відділеннях, лише 71% пацієнтів в місті Кам'янці-Подільському та 55% пацієнтів у Світловодську були фізично присутні в стаціонарах (Рис. 4).

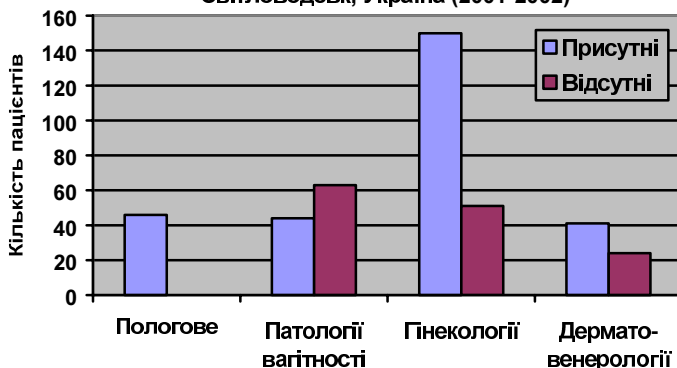
**Рисунок 4. Фізична присутність зареєстрованих стаціонарних хворих, за місцезнаходженням: місто Кам'янець-Подільський та Кам'янець-Подільський район та місто Світловодськ, Україна (2001-2002 рр.)**



- Більшість зареєстрованих хворих (59%) залишають відділення патології вагітності та 25% хворих залишають відділення гінекології, щоб провести ніч або вихідні вдома (Рис. 5). Слід зауважити, що кількість штату цих відділень протягом нічних змін та на вихідні не зменшується, і

нічого не робиться для того, щоб перевести тих хворих, що залишаються, в одне відділення для скорочення витрат на утримання штату та на комунальні послуги.

Рисунок 5. Фізична присутність зареєстрованих стаціонарних хворих по відділеннях: місто Кам'янець-Подільський і Кам'янець-Подільський район та місто Світловодськ, Україна (2001-2002)



## Покращання системи направлень хворих та координації роботи між закладами та відділеннями

*Багато пацієнтів утримуються в лікарні надто довго, або госпіталізуються для проходження аналізів або обстеження, що можна робити амбулаторно.*

- Аналіз тривалості перебування також показав, що значний відсоток пацієнтів утримується в стаціонарі надто довго (Рис. 6). Згідно з експертним аналізом медичних карток пацієнтів:

**Рисунок 6. Експертна оцінка тривалості госпіталізації: місто Кам'янець-Подільський і Кам'янець-Подільський район та місто Світловодськ, Україна (2001-2002 рр.)**

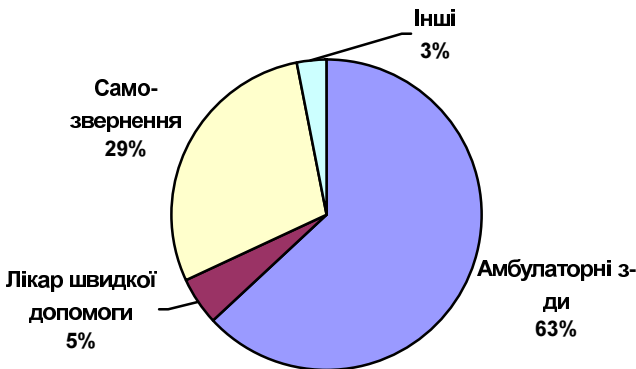


- У пологовій палаті 25% пацієнток утримувалися в лікарні надто довго.
- У відділенні патології вагітності лише 48% пацієнтів були помічені в перший день госпіталізації, а 10% пацієнтів навіть не потребували госпіталізації. 52% пацієнтів, які не були помічені в перший день, були необґрунтовано госпіталізовані на той час – вони могли б бути госпіталізовані наступного дня, або й зовсім не госпіталізовані. Крім того, в гінекологічному відділенні 63% пацієнтів утримувалися в лікарні надто довго.
- Виписка з лікарні близько 1/3 (31%) всіх пацієнтів була затримана, що призвело до необґрунтованої витрати ресурсів на 641 ліжко-днів<sup>6</sup> або 20% всіх ліжко-днів, включених в аналіз. Ці ліжко-дні прив'язані до коштів, що витрачаються на заходи з оздоровлення, витратні матеріали, харчування та штат. Таким чином, затримка виписки пацієнтів з лікарні призводить до необґрунтованих витрат 1/5 стаціонарних ресурсів.

<sup>6</sup> Ліжко-день – це одиниця виміру, яка показує, що лікарняне ліжко було зайняте протягом одного дня. В умовах України ліжко-дні мають зв'язок з коштами, які витрачаються на комунальні послуги, дотримання санітарних умов, витратні матеріали, харчування, прання штат.

- Згідно результатів дослідження близько половини (46%) результатів лабораторних аналізів не реєструвалися в медичних картках пацієнтів. Хоча деякі з цих аналізів можливо не реєструвалися внаслідок невідкладності певного випадку або помилково, в багатьох випадках це також можливо свідчить про те, що результати аналізів не використовувалися лікарями під час лікування пацієнтів і, таким чином, в них не було потреби.
- Аналіз тривалості перебування в стаціонарі показав, що в цілому, стаціонарні заклади надають послуги, які могли б надаватися в амбулаторних умовах. Наприклад,
  - Пацієнтів госпіталізують необґрунтовано для проходження аналізів, які можуть бути проведені в амбулаторних умовах, після чого пацієнти залишаються в лікарні до отримання результату та навіть понад це.
  - Пацієнти можуть самостійно звертатися до стаціонарних закладів замість того, щоб спершу звертатися до надавачів амбулаторних послуг (Рисунок 7).

**Рисунок 7. Хто направляє пацієнтів до лікарні: місто Кам'янець-Подільський і Кам'янець-Подільський район та місто Світловодськ, Україна (2001-2002 рр.)**



- Незважаючи на неповне використання штату та значний обсяг незайнятого часу, пацієнти також повинні довго чекати прийому лікаря або завідуючого відділення перед випискою.
- У Світловодську 70% пацієнтів у гінекологічному відділенні пройшли діагностику у лікарні, а не в амбулаторних умовах. Окрім гострих випадків або пологів, аналізи та діагностика повинні, зазвичай, проводитися в амбулаторних умовах з метою запобігання необґрунтованого перебування пацієнтів в стаціонарі.

***Поточна практика не дає можливості максимально використовувати наявне обладнання. Медичним закладам та клінікам не вистачає певних типів обладнання, що обмежує діагностичні можливості, а також обсяг та якість послуг, що можуть бути надані.***

- В кожному закладі, де проводилося дослідження, ультразвукові апарати, кольпоскопи та рентгенівські апарати використовуються протягом однієї зміни на вихідних або для проведення невідкладних обстежень цілодобово. Записи про фактичне використання обладнання для надання послуг у сфері РЗ (Модуль 5) показали, що заклади можуть надавати послуги вищої якості та використовувати ресурси більш ефективно, використовуючи меншу кількість апаратів протягом довших змін.
- Хоча в медичних закладах, як правило, є обладнання для проведення основних типів обстежень та лікування, в деяких місцях було виявлено нестачу певних видів обладнання, у тому числі діагностичних та операційних лапароскопів, фетальних моніторів, а також обладнання для діагностики ВІЛ/СНІДу. Відсутність такого обладнання обмежує діагностичні можливості закладу, що впливає на терміни та якість лікування захворювань в сфері РЗ.

- Ще один приклад неефективного використання обладнання було виявлено в Кам'янець-Подільській центральній районній лікарні, де є можливості для проведення лапароскопічної хірургії, але ці можливості використовуються лише для проведення в хірургічному відділенні холецистектомії<sup>7</sup>. Лапароскоп мало використовується, але може використовуватися для проведення інших типів хірургічного лікування, в тому числі і в гінекологічному відділенні. Використання лапароскопів в хірургії може сприяти значному скороченню тривалості стаціонарного перебування пацієнтів. Це може призвести не лише до зменшення витрат на лікування таких пацієнтів, але також сприятиме швидшому одужанню пацієнтів та їхній більшій економічній продуктивності.

## **Розробка альтернативних механізмів оплати та направлення коштів**

*Незважаючи на конституційне право на безоплатне медичне обслуговування в державних закладах охорони здоров'я, більшість опитаних пацієнтів повідомили, що вони змушені купувати ліки та витратні матеріали для свого лікування, а також безпосередньо (незаконно) платити надавачам послуг. У деяких випадках пацієнти не звертались за допомогою через значну вартість лікування.*

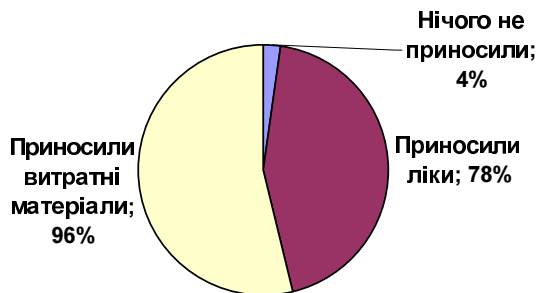
- Згідно результатів опитування пацієнтів під час їх виписки із стаціонару, яке проводилося в усіх закладах (Модуль 6), 78% пацієнтів були змушені приносити з собою певні ліки та 96% мали купувати витратні матеріали (шприци, бинти, рукавички, тощо) для свого лікування в лікарні (Рисунок 8). 43% цих пацієнтів повідомили, що вартість лікування в стаціонарному закладі, що надає послуги в сфері РЗ, є тягарем для їхньої сім'ї. Цей тягар був настільки значним для 23% пацієнтів, що в минулому вони були змушені відмовитися від лікування розладів в сфері РЗ.

---

<sup>7</sup> Хірургічна операція з видалення жовчного міхура.

- Окрім офіційних платежів в сфері охорони здоров'я 39% стаціонарних пацієнтів повідомили, що вони робили пряму, приховану оплату медпрацівникам. Хоча 59% пацієнтів, які здійснювали приховані платежі, не побажали назвати розмір або форму такої оплати, 32% пацієнтів давали медпрацівникам оплату готівкою. Із тих, хто платили медпрацівникам готівкою, 55% заплатили 100 гривень чи більше, а 18% цих платежів складала суму в 500 гривень.<sup>8</sup>
- Із амбулаторних пацієнтів 6% мали купувати певні ліки, а 64% мали купувати витратні матеріали (шприци, бинти, рукавички, тощо) для свого лікування в амбулаторному закладі. Вартість послуг в сфері РЗ була таким тягарем для 16% пацієнтів, що іноді вони вирішували не звертатися за допомогою.

**Графік 8. Відсоток стаціонарних хворих, які приносили з собою ліки та витратні матеріали: місто Кам'янець-Подільський і Кам'янець-Подільський район та м. Світловодськ, Україна (2001-2002 рр.)**



<sup>8</sup> 100 українських гривень – це приблизно 20 доларів США.

# Рекомендації

---

В результаті даного дослідження з'явилися певні рекомендації щодо поліпшення медичної допомоги в Україні. Хоча дослідження проводилося в 15 відділеннях, розташованих у 2 областях України, умови роботи медичних закладів на всій території України є аналогічними до умов роботи цих відділень. Таким чином, значна частина рекомендацій може бути використана в роботі медичних закладів на всій території України.

## *Децентралізація процесу прийняття фінансових рішень до місцевого рівня та рівня закладу*

- Замість того, щоб розробляти бюджет закладу, виходячи з роздутої кількості штату та ліжок, керівники амбулаторних закладів могли б розробляти свої бюджети, виходячи з обсягу допомоги, який надається амбулаторним закладом; а бюджети стаціонарних закладів можуть складатися як глобальний бюджет<sup>9</sup>, що враховує фактичний обсяг послуг, які надаються закладом та вартість цих послуг. Глобальний бюджет сприятиме усуненню негнучкості поточного постатейного фінансування і надасть більше можливостей керівникам, одночасно підвищуючи рівень їх відповідальності за бюджет. Можуть бути створені місцеві наглядові ради, які б допомагали керівникам закладів розподіляти кошти, отримані з небюджетних джерел, та слідкувати за їх використанням.
- Розробка плану фінансової доцільності (ПФД) для всіх видів обладнання перед його придбанням з метою забезпечення того, щоб заклад міг дозволити собі певний вид обладнання, покриття витрат на технічне обслуговування, а також витрат на матеріали, що необхідні для експлуатації даного обладнання.

---

<sup>9</sup> “На відміну від постатейного бюджету глобальний бюджет – це оплата, що встановлюється завчасно для покриття сукупних витрат протягом певного періоду. Реформи системи фінансування охорони здоров'я, в ході якої використовуються глобальні бюджети, спрямовані на покращання гнучкості роботи керівників закладів, одночасно роблячи їх відповідальними за ефективність їх роботи. Глобальні бюджети можуть бути важливим елементом реформ в сфері охорони здоров'я, що включають децентралізацію системи надання медичної допомоги ” (Barnum та інші, 1995 рік).

Крім того, такий план допоміг би адміністрації провести порівняльну оцінку фактичної потреби в певному виді обладнання, та вартості придбання нового обладнання у порівнянні з ремонтом старого обладнання.

### ***Розробка альтернативних механізмів оплати та направлення коштів***

- По мірі скорочення ліжкового фонду та штату закладів буде вивільнятися більше коштів на інші аспекти надання допомоги в сфері РЗ, наприклад, на придбання ліків та витратних матеріалів. Наступні рекомендації також можуть сприяти підвищенню доступності медичної допомоги:
- На сьогодні безоплатні ліки та витратні матеріали надаються тим пацієнтам, які відповідають певним державним критеріям та іншим пацієнтам, виходячи із оцінки медпрацівниками потреб пацієнтів, якщо це дозволяє бюджет медичного закладу. З метою забезпечення допомоги тим пацієнтам, які потребують її найбільше, міста та райони можуть створити офіційну систему направлення безоплатних ліків та витратних матеріалів пацієнтам, яким таке безоплатне забезпечення не передбачене законом.
- Медичним закладам можна дозволити брати платню за надання послуг в залежності від типу послуги, що надається. Платежі, які в минулому стали частиною тіньової економіки в сфері охорони здоров'я, могли б бути реінвестовані в медичний заклад та ту допомогу, яку він надає, як, наприклад, надання знижок на ліки та витратні матеріали більшій кількості пацієнтів. Оплата з боку пацієнта може мати багато форм, наприклад, добровільні внески або гонорар за надання кожного виду послуг.

***Оптимізувати кількість штату до рівня, який би адекватно відповідав місцевим потребам та більш ефективно використання робочого часу персоналу***

- Переглянути наказ МОЗ №33, згідно якому кількість штату кожного закладу залежить від ліжкового фонду цього закладу, Цей наказ не дає можливості закладам керувати кількістю свого штату у відповідності до своїх потреб, що призводить до необґрунтованого витрачання обмежених ресурсів.
- Замість цього наказу МОЗ можна запровадити систему найму медичних працівників за контрактами та систему замовлень на надання певного обсягу послуг. Регіони мали б контракти з медичними закладами, які в свою чергу, мали б контракти з медпрацівниками та іншими компаніями, що надають товари та послуги даному закладові. Для забезпечення потреб населення така контрактна система може передбачати надання штатним працівникам заохочень, виходячи з результатів їхньої роботи, а також передбачати стимули для медичних закладів за надання допомоги певного обсягу та якості.
- Замість того, щоб використовувати розрахунки, що містяться у наказі МОЗ, кількість штату для кожного стаціонарного відділення може розраховуватися на основі кількості пацієнтів та рівня кваліфікації штату, що необхідний для надання медичних послуг. Скорочення загальної кількості штату дозволить закладові також скоротити кількість надавачів послуг, що працюють в нічні зміни, у вихідні та святкові дні, виходячи з фактичного обсягу допомоги та потреб відділень.
- Оскільки надавачі амбулаторних послуг витрачають більш ніж половину свого часу, а надавачі стаціонарної допомоги витрачають 1/3 свого часу на виконання адміністративних обов'язків, їхній час може бути використано більш ефективно шляхом скорочення кількості часу, що витрачається медпрацівниками на виконання адміністративних завдань. Це може бути зроблено в рамках контрактної системи шляхом:

- скорочення часу, що витрачається на заповнення медичної документації і створення диктофонного центру для амбулаторних та стаціонарних відділень;
  - скорочення кількості журналів/реєстрів;
  - найму канцелярських працівників для виконання немедичних завдань і позбавлення акушерок та медсестер від необхідності виконувати канцелярські функції. В тих випадках, коли буде проводитися скорочення штату, деякі акушерки або медсестри можуть висловити бажання працювати у якості такого персоналу;
  - нарешті, перегляд кваліфікаційних характеристик акушерок та медсестер жіночих консультацій та стаціонарних відділень для забезпечення використання їхнього робочого часу на роботу з пацієнтами.
- Законодавство України дозволяє пацієнтові право вибору лікаря. Однак на практиці багато пацієнтів змушені здійснювати приховану оплату лікарям, яких вони обрали. Надання можливості пацієнтам обирати надавачів послуг (без змушеної прихованої оплати) без їхнього прикріплення до надавачів послуг сприятиме заохоченню надавачів послуг поліпшувати якість допомоги, яку вони надають. Це може означати, що закладам необхідно буде офіційно дозволити проведення амбулаторних консультацій ведучими спеціалістами, які працюють в стаціонарних умовах, надавши їм можливість використовувати амбулаторні ресурси. Зараз стаціонарним надавачам послуг не дозволяється надавати послуги пацієнтам в амбулаторних умовах. Якщо буде проведено реорганізацію закладів з тим, щоб медпрацівники могли вести практику як в стаціонарних, так і амбулаторних умовах, кількість штату була б меншою, пацієнти мали б доступ до лікарів, яким вони надають перевагу, а ресурси використовувалися б більш ефективно. Крім того, якість та тривалість діагностики, лікування та госпіталізації, вірогідно, покращилися б, оскільки лікарі б несли відповідальність за надання як стаціонарної, так і амбулаторної допомоги.

### ***Скорочення кількості ліжок та закладів до рівня, що адекватно відповідає місцевим потребам***

- Переглянути наказ МОЗ №74, згідно якого кількість ліжок медичного закладу залежить від кількості населення, оскільки цей наказ не дає можливості закладам керувати кількістю свого ліжкового фонду у відповідності до своїх потреб, що призводить до необґрунтованої витрати обмежених ресурсів. Надмірний розмір ліжкового фонду може бути скорочений шляхом об'єднання зв'язаних між собою відділень або шляхом надання амбулаторної денної допомоги тим хворим, яких можна лікувати в амбулаторних умовах.
- У тих випадках, коли міські, районні та/або приватні заклади знаходяться близько один біля одного і надають однакові види послуг, такі заклади можуть об'єднувати свої ресурси з метою поліпшення доступності та підвищення ефективності допомоги. Наприклад, у деяких місцевостях, адміністрації охорони здоров'я можуть об'єднати заклади або деякі послуги, що надаються різними закладами. Наприклад, у Кам'янці-Подільському міський центр здоров'я матері та дитини та центральна районна лікарня надають однакові послуги у сфері РЗ і розташовані через дорогу один від одного. ЦРЛ могла б направляти своїх пацієнтів разом з коштами, що виділяються на лікування цих пацієнтів, до центру здоров'я матері та дитини. Це б усунуло дублювання витрат на обладнання, штат та інфраструктуру.

У тих місцях, де немає можливості об'єднати заклади, заклади можуть об'єднувати свої фонди для придбання обладнання і задовольняти загальний попит на послуги, не нарощуючи зайвих потужностей. Наприклад, там, де міські та районні заклади знаходяться поблизу один від одного, один заклад може проводити всі ультразвукові обстеження, а інший – всі лапароскопічні хірургічні операції. Крім того, заклади можуть заохочуватися до співпраці шляхом збереження бюджету закладу (тобто не скорочуючи його), коли є економія коштів.

Ці зекономлені кошти заклад може використати на задоволення інших своїх потреб.

- Заклади можуть заохочуватися до об'єднання своїх відділень в періоди, коли мало пацієнтів. Наприклад, в деяких закладах, відділення патології вагітності та гінекології можуть працювати з понеділка до п'ятниці і закриватися на вихідні дні. Пацієнти цих відділень, які потребують допомоги на вихідних, можуть отримувати її в пологових відділеннях. Це зекономить кадрові ресурси та витрати на комунальні послуги.

### ***Покращання системи направлень хворих та координації роботи між закладами та відділеннями***

- Створити або розширити денні стаціонари<sup>10</sup> в амбулаторних та стаціонарних умовах, а також практику наступних відвідувань в амбулаторних умовах з метою забезпечення того, щоб пацієнти, які не мають потреби в постійному нагляді або госпіталізації, не утримувалися в лікарні необґрунтовано.
- Покращання надання амбулаторної допомоги шляхом проведення комплексних обстежень перед госпіталізацією та більш широкого використання діагностичних процедур, таких як тестування на певні види інфекції, ультразвукове обстеження та обстеження за допомогою електронного фетального монітору за показаннями. Це призведе до скорочення тривалості перебування в стаціонарі та кількості госпіталізованих пацієнтів.
- Виключення непотрібних лабораторних досліджень та запис усіх результатів лабораторних аналізів в медичні картки пацієнтів. Згідно результатів цього дослідження близько половини результатів лабораторних досліджень не реєструються в медичних картках пацієнтів. Замість того, щоб надавачі послуг вводили цю інформацію в медичні картки

---

<sup>10</sup> В Україні відділення денних стаціонарів звичайно ведуть спостереження за хворими та надають ліки і лікування без госпіталізації пацієнта до лікарні. Денний стаціонар може залишати пацієнта у відділенні на певний період часу.

пацієнтів, це може робити лабораторія. Крім того, можна зменшити кількість непотрібних лабораторні дослідження шляхом внесення змін в державні протоколи, а масштаб дублювання тестів можна скоротити шляхом запровадження єдиної формалізованої системи медичних карток для лабораторій, амбулаторних та стаціонарних закладів.

- Запровадження лапароскопічного обладнання у відділення, що надають послуги в сфері репродуктивного здоров'я. В деяких закладах, таких як центральна районна лікарня в м. Кам'янці-Подільському, лапароскопічне обладнання існує, але воно не використовується в повному обсязі і не використовується для надання послуг в сфері РЗ. Це обладнання може більш ефективно використовуватися, якщо штат пройде підготовку з питань проведення лапароскопічної хірургії гінекологічних розладів, і якщо це обладнання буде використовуватися також іншими відділеннями.

Протягом всього процесу реформування системи охорони здоров'я, регіонам та медичним закладам рекомендується проводити семінари для працівників закладів з питань реформування та впливу цих реформ на роботу закладу. Крім того, для впровадження нових політик та практик можливо виникне потреба в навчанні штату.

Для отримання більш детальної інформації або копії повного звіту дослідження, будь ласка, звертайтеся в Проект “ПОЛІСІ”:

Директор  
Проект “ПОЛІСІ”  
1050 17-та вулиця, N.W.  
кімната 1000  
Вашингтон, округ Колумбія  
20036  
[policyinfo@tfgi.com](mailto:policyinfo@tfgi.com)

Керівник  
Проект “ПОЛІСІ”/ Україна  
вул. В.Васильківська 38, кв. 22  
Київ, Україна  
тел. та факс: 38 (044) 227 7478  
або 227 0235  
[A.Huk@policy.kiev.ua](mailto:A.Huk@policy.kiev.ua)