

Реформування системи охорони здоров'я

В 2010 році стартував пілотний проект «Місцеве самоврядування в Україні: підвищення кваліфікації та прикладні дослідження» з ефективності надання медичних послуг у містах Одеської й Миколаївської областей, фінансований Міністерством закордонних справ Норвегії. Проект скерований на проведення дослідження муніципальної медицини, створення умов для підвищення якості надання медичних послуг населенню.

В межах проекту було створено мережу, яка об'єднала спеціалістів шести міст (Білгород-Дністровського, Вознесенська, Ізмаїла, Первомайська, Теплодара та Южного), готових до реформування, вдосконалення медичних послуг на місцевому рівні.

До роботи в проекті долучилися науковці. У зв'язку з відсутністю статистичних даних на місцевому рівні дослідники розробили систему критеріїв та показників для оцінки якості надання ефективних медичних послуг, визначили методiku дослідження (на основі бенчмаркінгу) та провели анкетування 1200 жителів міст Одеської та Миколаївської областей.

Результати дослідження виявилися досить цікавими, а подекуди й несподіваними.

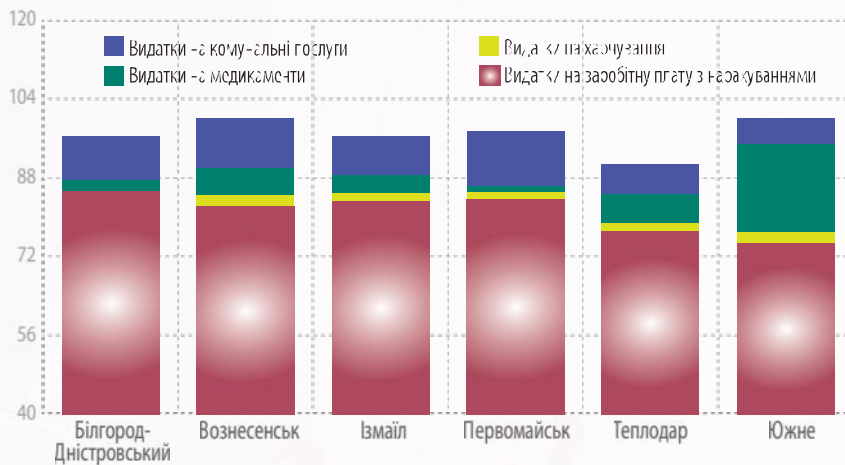
Вже традиційним поясненням неналежного стану системи охорони здоров'я є недостатнє фінансування. Частково це дійсно так. Хоча більша частина (близько 80%) видатків у сфері охорони здоров'я здійснюється через місцеві органи влади, вони незначною мірою контролюють розподіл бюджетних коштів. «Нормативи», які містяться головним чином у Наказі №33 Міністерства охорони здоров'я України, встановлюють жорсткі обмеження у сфері надання медичних послуг, визначаючи кількість лікарів, медсестер та інших медичних працівників, які можуть бути прийняті на роботу на основі фіксованих характеристик мережі медичних закладів, наприклад, кількості лікарняних ліжок. Ці норми,



у свою чергу, призводять до зростання поточних видатків (заробітна плата становить найбільшу частку видатків на охорону здоров'я і спонукає до збільшення загальної суми видатків у цій сфері), до зменшення частки видатків, спрямованих на підвищення якості послуг, і до погіршення спроможності системи реагувати на місцеві потреби у послугах охорони здоров'я.

Так, у групі міст, які досліджувалися, лівова частка фінансування охорони здоров'я припадає на заробітну плату з нарахуваннями – 74,6-85,1% (**графік 1**). Причому видатки на медикаменти складають незначну частку у фінансуванні, саме тому придбання медикаментів, як правило, здійснюється пацієнтами, що не завжди є посиленням для людей з низьким рівнем доходу.

Графік 1. СТРУКТУРА ФІНАНСУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я З МІСЦЕВОГО БЮДЖЕТУ, %



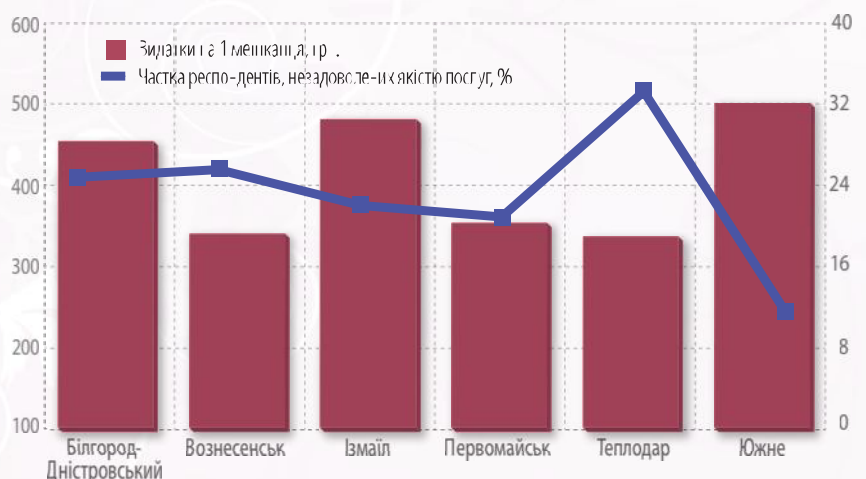
Кошти державного і місцевих бюджетів, основним призначення яких є зміцнення та збереження здоров'я людини, використовуються у 2/3 випадках лише на утримання громіздкої системи МОЗ України. Така тенденція у фінансуванні медичної галузі як на макро-, так і на мікрорівні є характерною для всієї системи охорони здоров'я, і, що цікаво, вже далеко не один рік. Усе це говорить про неефективність щорічного кількісного збільшення бюджетних асигнувань на охорону здоров'я, оскільки виділені державою кошти для медичної галузі чиновниками від охорони здоров'я на всіх рівнях розподіляються, перерозподіляються та навіть централізуються, але, на превеликий жаль, до людини у відповідному грошовому еквіваленті так і не доходять.

Разом з тим зауважимо, що не завжди якість медичних послуг і рівень задоволеності пацієнта нею пов'язані з обсягами фінансування сфери охорони здоров'я. Так, дослідження показало, що в місті Южному видатки на охорону здоров'я у розрахунку на одного мешканця є найвищими (520,9 грн.) і кількість незадоволених якістю послуг є найменшою (12,5% респондентів). У той же час у Білгород-Дністровському та Ізмаїлі наявна значна кількість осіб, незадоволених якістю медичних послуг (27,2% і 24,2% відповідно), хоча рівень фінансування в цих містах не найнижчий (графік 2).

На рівень задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг впливає низка чинників. Як виявилось, найбільш негативне враження справляє тривалість очікування на отримання послуги: 49,2% респондентів оцінили цей показник як незадовільний при відвідуванні поліклінік, 42,4% – у сімейних лікарів, 30,6% – в лікарнях (графік 3). Критичним є й рівень незадоволеності технічним обладнанням, яке використовується в лікарнях та поліклініках (47,6% і 45,7% відповідно). Оцінюючи роботу лікаря, багато респондентів висловили своє незадоволення його професіоналізмом (14,9% – 22,3%), графіком прийому (20,2% – 20,8%) та увагою (15,7% – 19,9%).

Погіршують загальне враження про якість медичних послуг і такі чинники, як чистота приміщень закладу охорони здоров'я, коридорів, доступність та стан туалетів, ванних кімнат, тривалий час очікування лікаря за викликом, обслуговування медичними сестрами. Ключовий, на наш погляд, показник якості медичних послуг – результативність змін у стані здоров'я – хоча й не домінує в структурі факторів незадоволеності пацієнтів, однак є досить значним (12,2% – 18,9%). Негативним є й те, що більше чверті опитаних вважають доступність медичних послуг неналежною. Важливим моментом, що стосується доступності медичних послуг і фінансування галузі охорони здоров'я, є прописка (зареєстроване місце проживання) пацієнтів. Згідно з існуючим порядком фінансування кошти на лікування кожного громадянина України спрямовуються в лікарняні та амбулаторно-профілактичні заклади за місцем прописки громадянина. Однак на практиці пацієнти дуже часто звертаються за послугами до закладів МОЗ не за місцем прописки через різні причини (відсутність певного спеціаліста чи обладнання, якість послуг, віддаленість лікувального закладу від дому, незбіг реального місця проживання з зазначеним у прописці тощо). В такій ситуації збільшується навантаження на окремі заклади МОЗ, однак не змінюється обсяг їхнє фінансування, що створює труднощі

Графік 2. ПОРІВНЯННЯ ВИДАТКІВ НА ОДНОГО МЕШКАНЦЯ І РІВНЯ НЕЗАДОВОЛЕНІСТІ ЯКІСТЮ ПОСЛУГ



у роботі, у тому числі ускладнює доступність послуг. У зв'язку з цим пацієнти мають два офіційних шляхи виходу з такої ситуації:

1) взяти відкріпний лист з закладу МОЗ за місцем прописки (зазначимо, що така альтернатива є важкою для виконання, оскільки керівники закладів не хочуть давати відкріпні листи і таким чином обмежувати фінансування свого закладу);

2) сплачувати добровільні внески в касу того закладу МОЗ, в якому пацієнти хочуть обслуговуватися (недоліком такого методу є те, що пацієнт фактично сплачує подвійні платежі, спрямовані на охорону власного здоров'я: один раз – як відрахування з заробітної плати, частину з яких держава спрямовує на охорону здоров'я, а другий раз – як добровільні внески).

Існує й неофіційний спосіб вирішення такої проблеми – заплатити безпосередньо лікарю за надані послуги, однак цей шлях є корупційним, хоча й досить поширеним. 72,7% опитаних повідомили, що в них були додаткові видатки при отриманні послуг від сімейного лікаря, в поліклініці чи лікарні. При чому 77,8% респондентів платили за послуги особисто лікарю, очевидно, що з причин, названих вище, а також з метою подяки в матеріальному вигляді. Крім того, закріпленого в Конституції України права кожного громадянина на безкоштовну охорону здоров'я недостатньо для отримання медичних послуг: 83,2% опитаних були

Графік 4. **ВИТРАТИ ПАЦІЄНТІВ ПРИ ОТРИМАННІ ПОСЛУГ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, %**

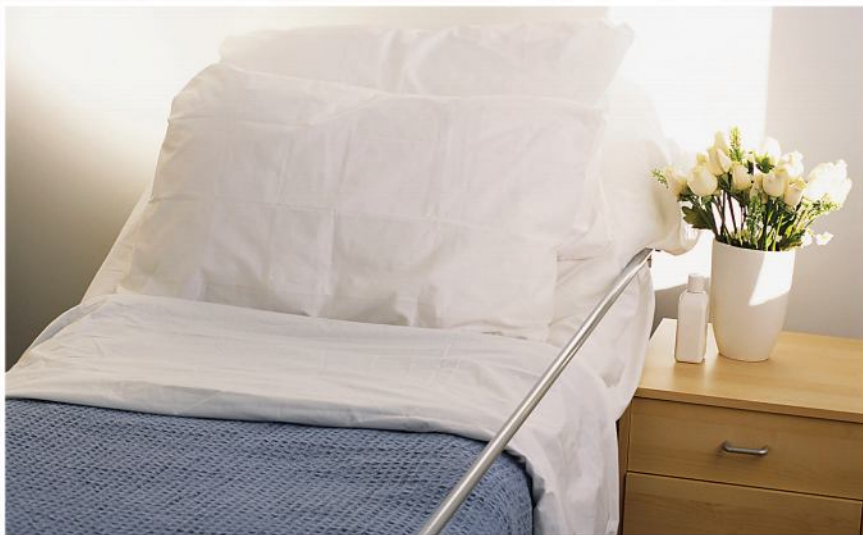


змушені здійснювати благодійні внески через касу, 75,3% – оплачувати необхідні процедури, 37,0% – купувати медикаменти та медичні матеріали (графік 4). В цьому контексті посилюється актуальність медичного страхування населення. Зауважимо, що в місті Вознесенську здійснили спробу запровадження підготовчого етапу до обов'язкового медичного страхування, а саме організували фонд, в який кожен житель міста сплачує щорічний фіксований внесок. Кожен внесок є іменним, тобто може бути використаним на лікування лише конкретної людини або ж переданим на лікування іншої людини (наприклад, члена родини) за наявності відповідної письмової заяви.

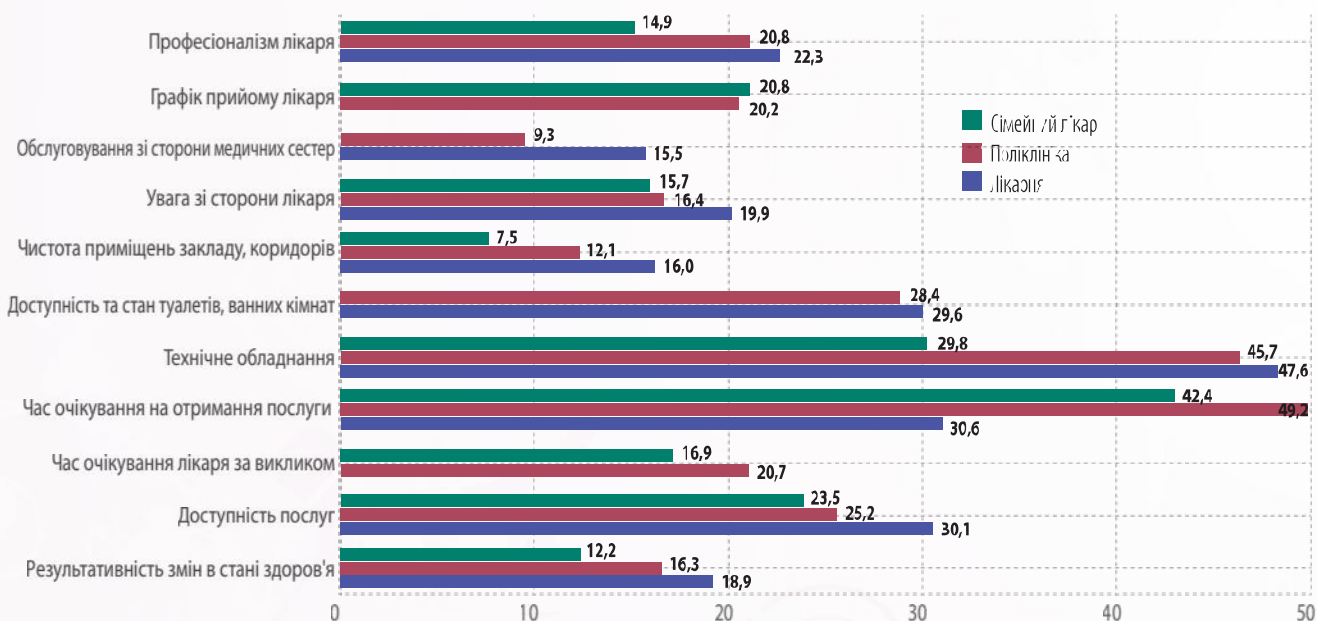
Доступність медичних послуг ускладнюється й тим, що в Україні немає відмінності між первинним і вторинним рівнями охорони

здоров'я. Згідно з практикою пацієнти спершу йдуть до лікарів первинної ланки охорони здоров'я у близько 40% випадків, а безпосередньо до лікарів-спеціалістів – у решті випадків. Однак переважно пацієнти потрапляють не до тих спеціалістів, яких вони потребують. Крім того, наслідком майже двох третин усіх відвідувань є надання медичної допомоги, яка не відповідає стану здоров'я пацієнта. Слід зазначити, що прийняття в 2000 році «Концепції розвитку системи охорони здоров'я в Україні» і Постанови Кабінету Міністрів «Про комплексні заходи із впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» стало важливим кроком у напрямку реорганізації первинної допомоги на принципах сімейної медицини.

Тривалий час у населення України через ряд суб'єктивних і об'єктивних причин формувалася стереотип про низький рівень якості послуг, що надає сімейна медицина, а робота сімейного лікаря у зв'язку з цим вважалася непрестижною. Реформи і нововведення, прийняті у Первомайську та Вознесенську, допомогли зруйнувати цей стереотип. Так, у Первомайську значна кількість терапевтів, педіатрів перепрофілювалися на сімейних лікарів, що дозволило охопити все населення міста сімейною медициною. Охоплення населення закладами сімейної медицини у досліджуваній групі міст в середньому становить 41,8%. Найвищий цей показник у Первомайську – 100% (як стосовно дорослого населення, так і дітей), досить високий у Вознесенську



Графік 3. ЧАСТКА РЕСПОНДЕНТІВ, НЕЗАДОВОЛЕНИХ ОКРЕМИМИ ПОКАЗНИКАМИ ЯКОСТІ І ПОСЛУГ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, %



(87% – загальний середній показник, 87,5% – дорослі, 85,3% – діти).

Для подальшого успішного розвитку сімейної медицини у Вознесенську була впроваджена нова технологія та фінансова мотивація роботи сімейного лікаря. В грудні 2004 року згідно з Наказом МОЗ України №88 комунальна установа «Вознесенська центральна районна лікарня» увійшла до закладів охорони здоров'я для участі в експерименті з метою розробки методики диференційного розподілу коштів за рівнями надання медичної допомоги з урахуванням кількості хворих на засадах сімей-

ної медицини. Створена система маршрутизації (направлень) до «вузьких» спеціалістів для госпіталізації, проводиться моніторинг їхнього амбулаторного прийому та госпіталізації у відділення лікарні за направленням сімейних лікарів.

Позитивними наслідками впровадження сімейної медицини стало зниження показника захворюваності, відвідувань вдома, зменшення рівня госпіталізації, підвищення обороту ліжка при мінімальних фінансових затратах на жителя, поліпшення якості профілактичної роботи, включаючи вакцинацію, скорочення витрат на вторинний

рівень медичної допомоги. Показник задоволеності якістю послуг сімейної медицини в Первомайську та Вознесенську склав 52% і 40% відповідно, що підтверджує доцільність і результативність заходів з масштабного впровадження сімейної медицини.

Анкетування також дало змогу дізнатися, наскільки населення підтримує реформування системи охорони здоров'я (графік 5). Так, більше половини населення підтримує посилення громадського контролю за діяльністю медичних закладів, введення обов'язкового медичного страхування, сімейної медицини та платних медичних послуг.

Результати дослідження підтверджують, що система охорони здоров'я дійсно потребує реформування. Адже вона має відповідати передусім потребам населення, бути доступною для пацієнта та передбачати надання якісної медичної допомоги. ♦

Графік 5. ГОТОВНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ДО ОКРЕМИХ ЗАХОДІВ З РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, %



Валентина ЗАСАДКО,
к.е.н., ст. наук. співробітник РФ НІСД
у м. Львові;
Марія ТИЩЕНКО,
к.е.н., ст. викладач кафедри політичної
економії обліково-економічних
факультетів ДВНЗ «КНЕУ ім. В. Гетьмана»