

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Міністерство охорони здоров'я України
Департамент розвитку медичної допомоги

Ключові слова: реформування охорони здоров'я, медична допомога, медико-соціальні стандарти

Key words: reformation of health care system, medical aid, medical and social standards

Резюме. В условиях современного демографического и социально-экономического кризиса возникает острая необходимость в разработке национальной стратегии и плана развития страны, здравоохранения; в финансовом планировании и управлении работой медицинских учреждений; в более четкой реализации системы первичной и вторичной медицинской помощи, управлении медицинской отраслью; в организационном и кадровом развитии, подготовке специалистов высшей квалификации. Преодоление последствий финансово-экономического кризиса обуславливает переход к инвестиционно-инновационной модели развития экономики. Последовательное повышение социальных стандартов, стандартов оказания медицинской помощи, проведение реформирования межбюджетных и межотраслевых взаимоотношений обеспечит стабильное социально-экономическое развитие регионов Украины.

Summary. In conditions of modern demographic and social-economic crisis there appears an acute necessity in development of national strategy and plan of development of the country and public health; planning in the sphere of financing and management of medical institutions; in more precise realization of primary and secondary medical aid rendering, management of medicine; in organization and vocational updating. Overcoming of consequences of financial-economic crisis causes transition to investment-innovational model of economic development. Gradual rise of social standards, standards of medical aid rendering, reforms in interbudget and inter-branch cooperation provides stable social-economic development of Ukrainian regions

На фоні стрімкого старіння населення, високих рівнів смертності та низької народжуваності в Україні тенденції вітчизняної охорони здоров'я, на жаль, спрямовані на зменшення витрат на підтримку і розвиток лікувально-профілактичних установ, зниження ліжкового фонду. Робиться акцент на амбулаторну медичну допомогу з відповідним перерозподілом фінансування. Але при цьому зберігається суттєва диспропорція в обсягах фінансування амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги. Сучасна модель організації амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню внаслідок серйозних недоліків все жорсткіше піддається критиці і не задовольняє ні суспільство, ні самих медичних працівників.

Сьогодні в Україні на фоні нестійкого соціально-економічного становища залишаються проблемними питання раціонального використання медичних ресурсів; низький рівень використання медичних та інформаційних технологій, сучасних систем зв'язку у вторинних медичних установах; низький рівень контролю за рекламуванням ліків; централізованого управління системою охорони здоров'я, яка харак-

теризується надмірною бюрократизацією; погіршення якості медичних послуг.

Виникає гостра необхідність у розробці національної стратегії і плану розвитку країни, охорони здоров'я; у фінансовому плануванні та управлінні роботою медичних установ; у чіткішій реалізації системи первинної і вторинної медичної допомоги, управлінні медичною галуззю; в організаційному і кадровому розвитку, підготовці фахівців вищої кваліфікації.

Не можна сказати, що уряд України мало уваги приділяє проблемам реформування охорони здоров'я. У 2004–2005 рр. через Міністерство охорони здоров'я було сформульовано звернення до Європейського союзу (ЄС) із проханням про допомогу в проведенні реформування системи охорони здоров'я. Безпосереднім поштовхом для цього стало визнання урядом суперечливого характеру наявних законів, правил і норм. А підвищення ефективності лікарської і управлінської практики дозволить повернути необхідні фінансові ресурси в систему охорони здоров'я. Для надання допомоги у вирішенні цих питань був створений проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допо-

моги в Україні», який розпочав свою роботу 6 серпня 2008 року і тривав до грудня 2009 року.

Як показав пілотний експеримент, реалізовані деякі підходи, що направлені на реорганізацію комунальних лікарень на районному і міському рівнях у комунальні некомерційні підприємства; впроваджувалися закупівлі медичних послуг для надання населенню безкоштовної медичної допомоги на основі контрактів; були створені міжтериторіальні комунальні некомерційні господарські об'єднання лікарень із залученням до участі в них лікувальних установ, заздалегідь реорганізованих у комунальні некомерційні підприємства.

Незважаючи на впровадження європейського досвіду, експеримент не дав відповіді та те, як необхідно реформувати охорону здоров'я в цілому, ґрунтуючись на принципах системного підходу, централізованого управління, контролю і організації. Доказом тому є повсюдна відсутність системи контролю ефективності і якості медичної допомоги, яка забезпечується визначенням відповідності конкретних дій медико-економічним стандартам, як уніфікованим еталоном гарантованого обсягу профілактичних, діагностичних і лікувальних заходів.

Наступний аспект – це Українська система акредитації лікарень, яка оцінює матеріальне забезпечення лікарні, а не результати лікування в ній, що призводить до низької якості медичних послуг. У світовій практиці такий підхід давно не використовується, перевіряється процес лікування і кінцевий результат – кількість смертей, їх причини, ефективність лікування.

Часто головні лікарі клінік, незважаючи на адміністративну відповідальність, надають недостовірну звітну інформацію про функціонування своїх установ, деколи приховуючи факти внутрішньолікарняних інфекцій, халатності медперсоналу.

На цьому фоні знижується значущість важливого числа детермінант здоров'я: соціальних, економічних, культурних, урбанізації, планування і розвитку регіонів. Саме тому Всесвітня Організація Охорони здоров'я робить акцент на важливості міжсекторного підходу до державної системи охорони здоров'я, до роботи якої залучаються основні галузі економіки і соціальної сфери. Органи охорони здоров'я при цьому відіграють координуючу роль у цій багатогалузевій системі охорони здоров'я.

Багато експертів у галузі охорони здоров'я (Волошенко Л.С., 2009 та ін.) схиляються до того, що існуюча бюджетна модель планування і надання медичних послуг населенню «імені М.О.

Семашка» не враховує потреб пацієнтів, працюючи «сама на себе». На їх думку, найбільш раціональною є модель «керованого ринку медичних послуг», і лише ця система, яка домінує в розвинених країнах, здатна поживити найважливіший принцип забезпечення якості в системі охорони здоров'я: «рух - кошти прямують за пацієнтом». Очевидно, що керований ринок медичних послуг може функціонувати як у страховій системі, так і в бюджетній. Тому фактично ми повинні вибирати не між страховою і бюджетною системою, що менш важливо, а між «неринковою» і «керованою ринковою».

Як показує досвід, найважливішим недоліком у системі практичної охорони здоров'я, при здійсненні контролю якості медичної допомоги, є суб'єктивізм, причому з боку не лише керівництва, але і контрольованого персоналу. Часто при аналізі документації, в якій зареєстровані дані про проведене лікування і діагностику, керівники відділень схильні приховувати виявлені дефекти роботи своїх підлеглих, а у лікарів, яких контролюють, часто виникає думка про необ'єктивність керівництва.

З урахуванням вказаних недоліків магістральними напрямками реформування медичної допомоги є: профілактична спрямованість; економічна ефективність функціонування медичних установ; єдність медичної науки і практики.

Необхідно відродити і розвивати міжрегіональні і міжрайонні спеціалізовані медичні центри. Для якісного надання медичної допомоги необхідно забезпечити безперервність лікувально-діагностичного процесу на всіх етапах лікування. Тут набуває значення розділення функцій на кожному етапі надання медичної допомоги, а також між різними типами медичних установ.

Підвищенню якості медичної допомоги сприятиме впровадження стандартів діагностики та лікування пацієнтів як в амбулаторно-поліклінічних, так і в лікувальних установах, розробка і впровадження ефективних медичних технологій, формування на базі центральних районних лікарень лікувально-діагностичних комплексів, створення міжрайонних клініко-діагностичних центрів, розробка нових схем організації медичної допомоги і управління охороною здоров'я. Проте не всі керівники на місцях розуміють перевагу створення міжрайонних медичних об'єднань. Не кожен районний керівник, будь то глава адміністрації або голова районної ради, погодиться на те, щоб ЦРЛ була реорганізована саме в його районі. Закон України «Про місцеве самоврядування» також не дає

реформам інтенсивно реалізуватися на місцях. Як вихід із ситуації, що склалася, запропоновано відродити вертикаль управління в охороні здоров'я для підвищення виконавчої дисципліни.

Для держави існуюча криза здоров'я населення України може мати непередбачувані наслідки. Від здоров'я громадян залежать безпека, подальше зростання економічної могутності держави, її соціально-політичний розвиток, примноження культурного надбання.

Протягом багатьох років відбувалося поступове відчуження системи охорони здоров'я від основних завдань по обслуговуванню населення, що фактично стало перешкодою до своєчасного реформування. Правові норми у сфері охорони здоров'я носили більшою мірою декларативний характер і не працювали.

Впровадження нових для галузі умов господарювання і управління здійснювалося і здійснюється безсистемно, що значною мірою знижує ефективність змін в охороні здоров'я, стримує перехід на якісно новий етап розвитку.

В Україні всі лікарні мають статус бюджетних установ. Відповідно до цього вони фінансуються за принципом постатейних кошторисів. Як показує досвід, такий принцип не може бути гнучким і не дає можливості приймати управлінські рішення. Для щонайменшої зміни фінансових потоків відповідно до пріоритетів лікарні необхідно звертатися за відповідним дозволом до депутатів місцевої ради. І лише після розгляду питання на сесії та винесення позитивної ухвали можуть бути змінені напрями витрат. В Україні, і це дуже важливо, відсутній поширений у всіх країнах Європи такий елемент, як стратегічні контрактні закупівлі медичних послуг за рахунок бюджетних коштів.

Можливо, частина питань буде вирішена згідно з проектом напрямів бюджетної політики на 2011 рік, де вже чітко визначено подолання наслідків фінансово-економічної кризи, перехід до інвестиційно-інноваційної моделі розвитку економіки.

Послідовне підвищення соціальних стандартів, проведення реформування міжбюджетних взаємин забезпечить стабільний соціально-економічний розвиток регіонів України.

У бюджетній політиці 2011 року передбачено також упорядкувати взаємовідношення державного бюджету з місцевими бюджетами, що підвищить фінансові можливості місцевих органів виконавчої влади.

Будуть розроблені програми розвитку регіонів на основі науково обґрунтованих пріоритетів регіонального розвитку.

Внесення змін до Основ законодавства Ук-

раїни про охорону здоров'я з метою визначення на законодавчому рівні таких понять, як «медична допомога» і «медичні послуги», дасть можливість для формування переліку гарантованих безкоштовних медичних послуг, а також платних послуг і стандартів медичної допомоги.

Таким чином, підсумовуючи матеріал, можна відзначити, що системне реформування охорони здоров'я не може обійтися без розділення рівнів медичної допомоги: первинної медико-санітарної допомоги та спеціалізованої медичної допомоги. Причому це повинно супроводжуватися роздільним бюджетом і джерелами отримання доходів.

Можлива також реорганізація комунальних бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства з метою підвищення їх автономності та ефективнішого використання ресурсів. Здійснюючи некомерційну господарську діяльність, маючи державні гарантії та підтримку, лікарні перш за все виконуватимуть соціальні функції. У їх діяльності з'являться велика гнучкість і автономія, що сформує певні ринкові стимул-реакції для роботи лікарень як бізнес-структур. У розвиток цієї тези надалі можливе створення на основі лікарень об'єднаних міжтериторіальних некомерційних корпорацій і формування на їх базі госпітальних округів європейського зразка. Фінансування таких об'єднань має бути відкритим і прозорим. Контролююча функція може здійснюватися наглядовими радами, до складу яких можуть входити представники виконавчих органів, профспілок, громадських організацій і депутатів.

Бюджетні моделі «регульованого ринку» повинні передбачати формування необхідного державного і комунального замовлення на надання населенню медичних послуг за рахунок коштів місцевих і державного бюджетів. А планування діяльності державних і комунальних установ здоров'я має бути пов'язане з необхідними обсягами державного і комунального замовлення на надання медичної допомоги населенню.

Акредитація установ охорони здоров'я має бути незалежною і, перш за все, незалежною від Міністерства охорони здоров'я. Робота цієї структури повинна ґрунтуватися на стандартах управління якістю серії ISO-9000 у сфері управління охороною здоров'я населення, що забезпечить дієве управління якістю медичної допомоги в Україні.

Забезпечити ефективний менеджмент в охороні здоров'я в сучасних умовах можна лише за допомогою підготовки управлінських кадрів із використанням у навчальному процесі програм

провідних учбових закладів, у тому числі й інших країн.

Важливим елементом залишається реорганізація державної санітарно-епідеміологічної служби, враховуючи сучасні особливості формування громадського здоров'я, що включають культурні особливості, рівень освіти, особливості способу життя, харчування, соціально-економічні фактори, що нерідко впливають на

обмеження життєдіяльності населення України.

І, нарешті, впровадження сучасних інформаційних технологій у лікувально-діагностичній і управлінській процеси та створення єдиного інформаційного простору сприятимуть формуванню у медиків сучасного менталітету, розширенню кругозору і підвищенню свідомості в освоєнні і використанні комп'ютерних технологій.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Конституція України: офіц. текст: [прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. із змінами, внесеними Законом України від 8 грудня 2004 р.: станом на 1 січня 2006 р.]. – К.: Мін-во Юстиції України, 2006. – 124 с.

2. Про державний бюджет України на 2008 рік та внесення змін до деяких законодавчих актів України: закон України від 28 грудня 2007 року №107-VI // Урядовий кур'єр. – 2007. – № 247, 31 грудня. – С. 3-15.

3. Про засади внутрішньої і зовнішньої політики: закон України від 01.07.2010 № 2411-VI. Ст. 527 // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – № 40. – С. 1452.

4. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги

на засадах сімейної медицини на період до 2011 року: закон України від 22.01.2010 № 1841-VI. Ст. 126 // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – № 13.

5. Про Основні напрями бюджетної політики на 2011 рік: постанова Верховної Ради України від 04.06.2010 №2318-VI. Ст. 457 // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – № 32. – С. 1119.

6. Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги [Текст]: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.06.2009 №370. Ст. 2516 // Офіційний вісник України. - 2009. – № 73. – С. 37.

7. Загальнодоступні ресурси Інтернету.

