

## **СТРУКТУРНА ПЕРЕБУДОВА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ: ДОСЯГНЕННЯ ТА ЗАВДАННЯ**

*Головне управління охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації*

**Ключові слова:** охорона здоров'я, структурна перебудова, реформа, регіональний рівень

**Key words:** health care; structural reorganization; reform; regional level

**Резюме.** Проведенням дослідження встановлено, що структурні перетворення первинного і вторинного рівнів медичного обслуговування в поєднанні з впровадженням сучасних медичних технологій підвищують якість і результативність медичного обслуговування і позитивно впливають на показники здоров'я населення.

**Summary.** The conducted research established, that structural reorganization of the primary and secondary levels of health care in combination with implementation of up-to-date medical technologies increases the quality and productivity of health care and positively influence public health indices.

Система охорони здоров'я в Україні функціонує неефективно, що проявляється насамперед у низькій доступності і поганій якості медичної допомоги. Отримання медичної допомоги лягає важким фінансовим тягарем на плечі громадян, значною мірою збільшуючи масштаби бідності в країні [1, 2, 7]

Головна причина ситуації, що склалася, - це застаріла організація системи медичного обслуговування, яка орієнтована не на задоволення справедливих потреб громадян країни в медичній допомозі, а на збереження установ, здебільшого погано оснащених застарілим обладнанням, і ліжок, половина з яких використовується для госпіталізації осіб, які не потребують стаціонарного лікування. Ресурси, які виділяються державою на охорону здоров'я і вкладаються населенням, використовуються вкрай неефективно [5]. При правильній організації медичного обслуговування за ці ж кошти можна було б надати більше необхідних населенню послуг, більш високої якості [4].

Реформа медичної сфери, запланована Програмою економічних реформ на 2010-2014рр., передбачає поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості [3].

Метою даного дослідження було реформування системи охорони здоров'я регіонального рівня задля забезпечення максимально можливого внеску в поліпшення здоров'я населення регіону.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Дослідження проводилося на базі системи охорони здоров'я Дніпропетровської області протягом 2001-2010рр.

Основними завданнями для досягнення поставленої мети були визначені:

1. Підвищення доступності кваліфікованої медичної допомоги.
2. Забезпечення високого рівня якості медичного обслуговування.
3. Поліпшення ефективності використання наявних ресурсів.

Для виконання поставлених завдань в області протягом останніх років проводилося: удосконалення управління та реорганізація мережі медичних закладів в напрямку збільшення задоволення потреб населення в медичній допомозі; зміцнення і інтенсифікація використання наявної матеріально-технічної бази; впровадження сучасних доведених ефективних медичних технологій.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Реформування системи охорони здоров'я Дніпропетровської області протягом 10 років (2001-2010рр.) було зосереджено на трьох основних напрямках:

1. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги.
2. Розвиток та структурна реорганізація вторинної медичної допомоги.
3. Впровадження сучасних доведених ефективних медичних технологій.

В Україні визначено, що основною стратегією розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) є перехід на засади загальної практики/сімейної медицини.

Дніпропетровська область з певних причин досить пізно розпочала впровадження загальної практики/сімейної медицини і сьогодні, незважаючи на щорічне зростання їх чисельності (рис.1), забезпеченість сімейними лікарями в регіоні в 2,3 рази менше українського рівня (0,73 і 1,69 на 10 000 населення відповідно). Більшість сімейних лікарів зосереджена в сільській місцевості, де забезпеченість ними сягає 2,7 на

10000 населення. Розпочата робота по створенню закладів та підрозділів ПМСД на засадах сімейної медицини в містах, в тому числі й таких великих, як Дніпропетровськ та Кривий ріг, однак забезпеченість цими фахівцями в міській місцевості залишається вкрай низькою – 0,29 на 10000 населення.

Всього в області функціонує 170 закладів та підрозділів загальної практики /сімейної медицини ЗП/СМ), в тому числі 106 амбулаторій ЗП/СМ організованих на базі сільських лікарських амбулаторій, 15 – в складі сільських дільничних лікарень, 11 – в складі центральних районних лікарень, 38 – в складі самостійних поліклінік або поліклінічних відділень об'єднаних лікарень.

Одним з основних завдань органів влади всіх рівнів на сучасному етапі розвитку є інтенсифікація реорганізації ПМСД на принципах загальної практики/сімейної медицини шляхом формування мережі амбулаторій ЗП/СМ в сільській місцевості і в містах та створення центрів первинної медико-санітарної допомоги.

Водночас в регіоні проводиться широкомасштабна робота по забезпеченню інституціональної та техніко-технологічної підтримки функціонування ПМСД на нових засадах.

*По-перше – це комплексна робота по плануванню сім'ї.* В області створено 3 центри та

44 кабінети планування сім'ї. Організовано навчання з питань планування сім'ї медичних працівників, в тому числі спеціалістів ФАПів, сільських амбулаторій; проводиться просвітницька робота серед населення та представників ЗМІ. Лікувально-профілактичні заклади області забезпечені засобами контрацепції за рахунок бюджетних коштів та гуманітарної допомоги і інформаційно-просвітницькими матеріалами. В рамках виконання обласної програми «Здоров'я дітей та матерів Дніпропетровщини» додатково виділені кошти на забезпечення засобами контрацепції жінок, що належать до соціально-неадаптованих та малозабезпечених верств населення та являють собою групу високого ризику по материнській та малюковій смертності. В результаті проведених заходів сучасними методами контрацепції (гормональними і внутрішньоматковими) охоплено близько третини жінок фертильного віку. Спостерігається пряма залежність між частотою застосування жінками контрацептивних засобів і частотою абортів, в тому числі й серед підлітків: охоплення сучасною контрацепцією збільшилося за період 2001-2009рр. в 1,5 рази (з 206,8 до 311 на 1000 жінок фертильного віку), частота абортів зменшилася в 1,8 разу, в тому числі серед підлітків – в 2,2 разу (рис.1).

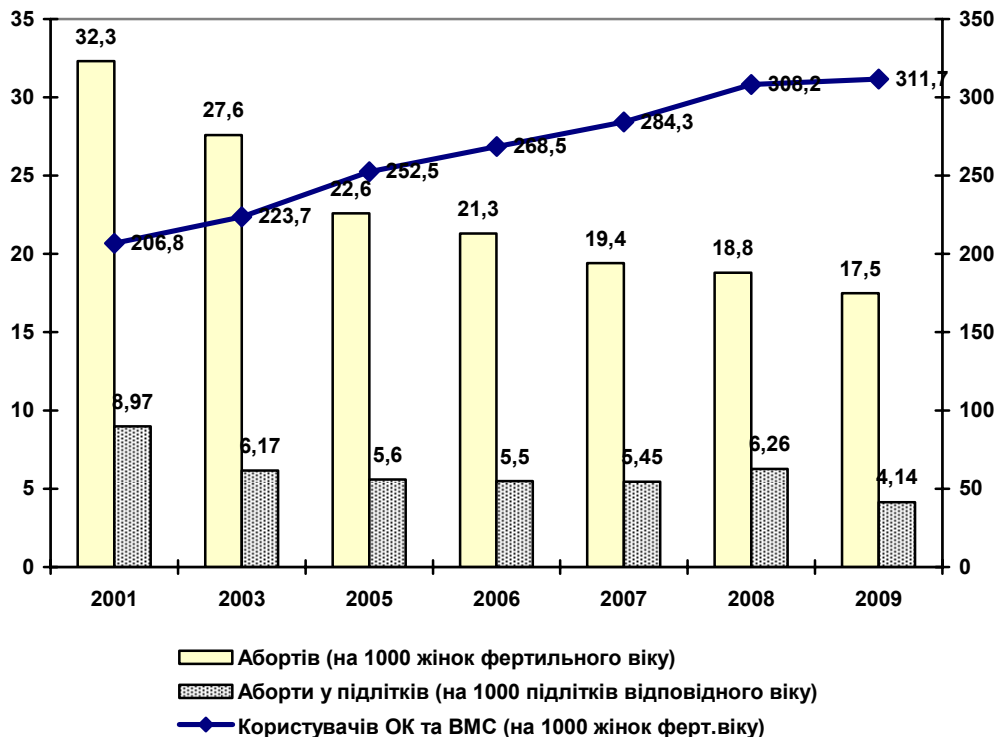


Рис. 1. Залежність між частотою застосування сучасних методів контрацепції та частотою абортів

По-друге - створення умов для застосування сучасних, доведено ефективних методів скринінгу з метою виявлення новоутворень на ранніх стадіях. Для раннього виявлення раку шийки матки в області створена необхідна інфраструктура: функціонують 47 кабінетів патології шийки матки, в 26 лікувально-профілактичних закладах відкриті спеціалізовані прийоми. Служба осна-

щена кольпоскопами (160 одиниць). Проведені тренінги для лікарів та цитологів. Програма лише набирає силу, але позитивні результати реєструються вже зараз: за 5 років в 1,7 разу збільшилося виявлення раку шийки матки в нульовій стадії (рис.2), коли ефективність лікувальних втручань найбільша.

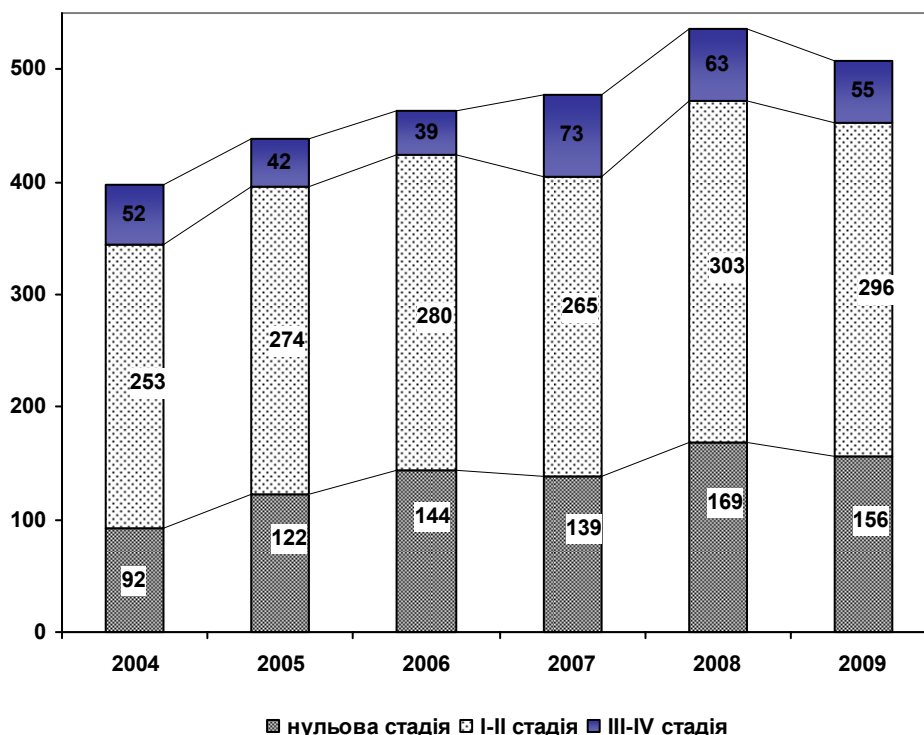


Рис. 2. Динаміка виявлення раку шийки матки на різних стадіях розвитку процесу (2004-2009рр.)

На сучасному етапі вважається доведеним, що активна вакцинація жінок старшого віку проти вірусу папіломи людини може завдати нищівного удару по раку шийки матки: вакцинація жінок у віці від 12 до 45 років може зменшити випадки виникнення раку шийки матки на 85% для 12-річних і до 55% - для жінок 45 років. В Дніпропетровській області з 2008 року розпочато вакцинацію проти раку шийки матки.

Рак молочної залози - провідна причина смерті жінок від онкологічних захворювань. За даними доказової медицини, раннє виявлення патології із застосуванням мамографії дозволяє запобігти більшій частині летальних наслідків. В Дніпропетровській області функціонує 27 мамографів, більшість яких призначена для проведення скринінгу на виявлення раку молочної залози (з них 7 придбані у 2007 році за кошти обласного бюджету та розподілені у малі міста та райони з великою кількістю населення для

створення міжрайонних мамографічних центрів). Для забезпеченості доступності скринінгових програм для сільського населення налагоджена постійна робота пересувного мамографічного кабінету. Органами охорони здоров'я проводиться комплекс організаційних та навчальних заходів, спрямованих на підвищення інтенсивності використання цього сучасного обладнання. За останні три роки кількість мамографій щорічно зростає і в 2009 році сягнула 166,3 на 10 тисяч населення, або близько 600 на 10 000 жінок у віці старше 40 років. Такий рівень охоплення скринінгом занадто малий для отримання відчутного впливу на показники смертності від раку молочної залози, але вже перші результати свідчать про певне зростання числа виявлених випадків (з 36,23 в 2007р. до 40 на 10000 в 2008-2009рр.,  $p < 0,05$ ) і незначне скорочення питомої ваги за давнених випадків.

*По-третє - створення умов для розширення спектру функцій ПМСД, які в існуючій системі охорони здоров'я покладаються на інші служби.* Наприклад проведення знеболювання онкологічним хворим вдома здійснюється службами швидкої медичної допомоги, що є невласним для них завданням, відволікає від виконання прямих функцій з надання екстреної допомоги та не виправдано підвищує вартість такої послуги. Головним обласним управлінням охорони здоров'я разом з місцевими органами влади проводиться організаційна та підготовча робота щодо передачі цієї функції на первинний рівень шляхом отримання ліцензій структурами первинної допомоги на введення наркотичних препаратів. На початок 2010р. 28 (17,3%) сільських лікарських амбулаторій та 42 (42%) дільничні лікарні вже отримали такі ліцензії, подальша робота триває.

Розвиток та структурна реорганізація вторинної медичної допомоги. Одним з головних пріоритетів охорони здоров'я держави в цілому і Дніпропетровщини зокрема є покращення стану здоров'я дітей та матерів.

Ще на початку 2000-х років стало зрозуміло, що без структурних перетворень в акушерській службі виконати поставлені завдання буде важко або навіть неможливо. Кадровий дефіцит неонатологів, акушерів – гінекологів, перш за все в сільській місцевості, нестача сучасного обладнання для надання невідкладної допомоги дітям та матерям, малі обсяги акушерської допомоги, особливо в малопотужних лікувальних закладах області, створюють загрозу для забезпечення породіль та новонароджених, особливо з низькою масою тіла, якісною медичною допомогою, а утримання підрозділів, які працюють не на повну потужність, призводить до марнотратного використання обмежених бюджетних коштів.

З метою підвищення якості акушерської допомоги з 2001р. в області розпочалася її регіоналізація, суть якої полягала у створенні потужних міжрайонних пологових центрів, укомплектованих підготовленим медичним персоналом, забезпечених необхідним медичним обладнанням і здатних при необхідності надавати інтенсивну медичну допомогу новонародженим та породіллям в цілодобовому режимі. Важливою характеристикою діяльності центрів стало стрімке збільшення їх продуктивності (числа прийнятих пологів за рік), що, як свідчать дані доказового менеджменту, позитивно впливає як на якість акушерської допомоги, оскільки дозволяє підтримувати у постійній готовності необхідні професійні навички медичного

персоналу [7], так і на ефективність медичного обслуговування через скорочення малопотужних пологових відділень. Слід зазначити, що створення центрів відбувалося з урахуванням стану транспортних комунікацій для забезпечення оптимальної доступності допомоги, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, на базі яких вони розмішувалися. На початок 2010 року мешканки 12 сільських районів, в яких на рік відбувається менше 300 пологів, а пологові відділення припинили своє існування внаслідок відсутності кадрів та оснащення, забезпечується акушерською допомогою у 9 міжрайонних пологових центрах прилеглих міст. Серед них два найбільш потужних - міжрайонне пологове відділення на базі міської лікарні № 9 м. Дніпродзержинська та перинатальний центр у Кривому Розі, в кожному з яких відбувається більше 2,5 тисяч пологів на рік, з яких одна третина пологів у жінок прилеглих сільських районів.

Структурна перебудова акушерсько-гінекологічної служби відбувається паралельно з впровадженням сучасних перинатальних технологій та відповідним переоснащенням служби. На базі провідних медичних закладів області створені учбово-методичні центри для постійного навчання медичних працівників з питань невідкладної допомоги дітям (перш за все на рівні первинної ланки), первинної реанімації новонароджених, підтримки грудного вигодовування, впровадження новітніх перинатальних технологій (що забезпечило зростання кількості партнерських пологів з поодинокими випадками у 2004 року до 64% в 2009 р.); підготовки закладів охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня доброзичлива до дитини» (на початок 2010р. акредитовано в такому статусі 100% родопомічних та 55,4% дитячих закладів); створено реєстр жінок з тяжкою екстрагенітальною патологією; забезпечено загрозо-метричний моніторинг за тяжкохворими вагітними та породіллями і т.і.

За рішенням органів обласної влади проводиться низка заходів, спрямованих на зміцнення матеріально-технічної бази центрів, зокрема їм надається пріоритет при розподілі централізованих поставок високоякісного обладнання; для придбання необхідного обладнання в міста та райони передаються субвенції з обласного бюджету; в рамках обласної програми проводиться закупівля медикаментів для боротьби з акушерськими кровотечами та дихальними розладами новонароджених тощо.

Відпрацьовані, виходячи з діючого законодавства (Бюджетного кодексу та Закону про місцеве самоврядування), два варіанти оплати за родопомічні послуги: 1) шляхом виділення за рішенням місцевих рад міжбюджетних трансфертів; або 2) через відшкодування витрат породіллям шляхом адресної допомоги.

Аналіз результативності проведеної реструктуризації акушерської допомоги в сполученні з застосуванням сучасних акушерських технологій показав, що рівень перинатальної смертності за період провадження регіоналізації зменшився у 3,6 разу (з 38,6 до 10,7 на 1000 новонароджених) і практично зрівнявся із загальнонаціональним показником (11,2 в 2008р), питома вага нормальних пологів зросла в 2,2 разу (з 31% до 68,4%), захворюваність новонароджених знизилася в 2 рази (з 297,2 до 148,7 на 1000).

При цьому в 1,4 разу зменшилася середня тривалість перебування роділь та породіль на пологовому ліжку, що істотно зменшило ризик зараження новонароджених внутрішньолікарняними інфекціями (рис.3).

Дієвість комплексу заходів, спрямованого на підвищення якості акушерської допомоги, підтверджується стійкою позитивною динамікою індикаторних показників здоров'я населення, що контролюються переважно системою охорони здоров'я: малюкової та материнської смертності. З 2001р. рівень малюкової смертності знизився в 1,5 рази (з 12,9‰ до 8,7‰) і в 2009 році вперше за останні роки став нижче загальноукраїнського показника (9,3‰); материнська смертність також має тренд до зменшення (рис.4).

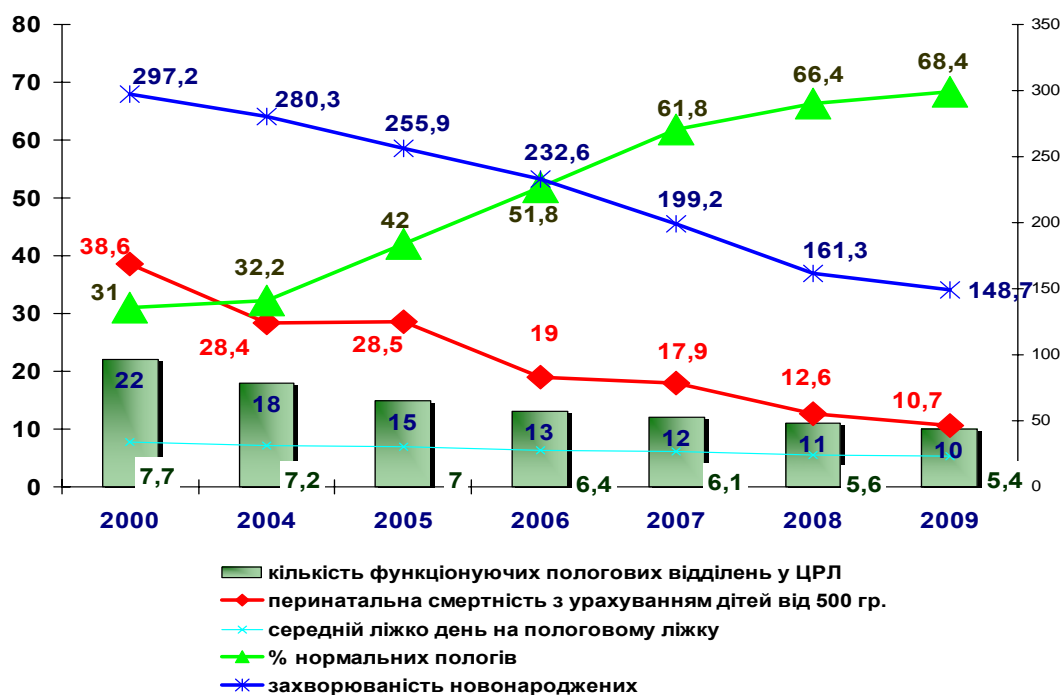


Рис. 3. Ефективність регіоналізації пологової допомоги та впровадження нових технологій

У Дніпропетровській області спеціалізовані медичні заклади всіх рівнів (психіатричні, наркологічні, протитуберкульозні і т.і.) передані у власність обласної громади, управління ними здійснюється обласним управлінням охорони здоров'я, і фінансуються вони, згідно з Бюджетним кодексом, з обласного бюджету. Така структура управління створює передумови для різних форм реорганізації, включаючи об'єднання закладів, що функціонують на одній території і виконують аналогічні функції, або об'єднання малопотужних закладів з більш потуж-

ними. Першим кроком на цьому шляху стало приєднання до Дніпропетровського обласного наркологічного диспансеру малопотужного Павлоградського наркологічного диспансеру шляхом реорганізації останнього у наркологічне відділення обласного закладу. Реорганізація дозволила забезпечити надання медичної допомоги хворим у цілодобовому режимі, привести ліжковий фонд у відповідність до нормативів та скоротити чисельність адміністративного персоналу.

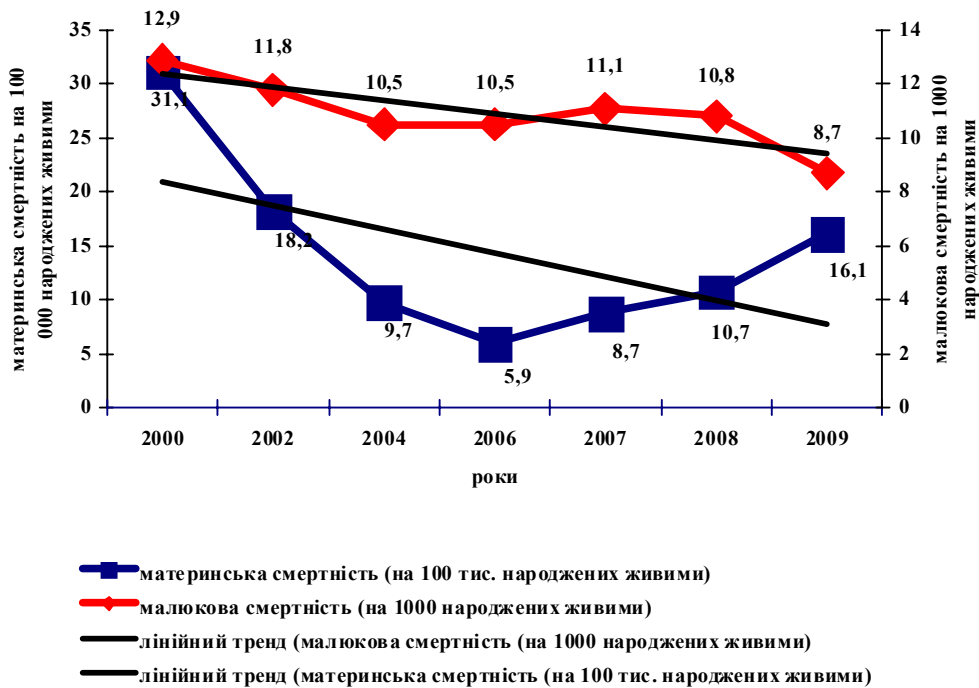


Рис.4. Динаміка малюкової та материнської смертності в Дніпропетровській області (2000-2009рр.)

Поряд зі структурною реорганізацією окремих служб здійснюється робота по впровадженню нових технологій лікування в інших службах лікарень вторинного рівня (застосування малоінвазивних втручань у хірургії та гінекології, тромболітичної терапії при гострому інфаркті міокарда, виявлення вад зору та слуху за допомогою сучасних технологій, починаючи з періоду новонародженості та ін.).

Здійснений комплекс заходів дозволив отри-

мати в Дніпропетровській області в 2009 році вперше після тривалого періоду стагнації (2004-2008рр.) певну тенденцію до зниження рівня смертності населення (з 17,7% до 16,3%), причому зменшення показників смертності зареєстровано по всіх основних класах хвороб (табл. 1), що можна віднести на рахунок дій по поліпшенню функціонування регіональної системи охорони здоров'я.

Таблиця 1

Динаміка смертності по основних класах хвороб (на 100 000 населення, 2008-2009роки)

Класи хвороб	2008	2009	динаміка
Хвороби системи кровообігу	1112.4	1058.4	-54,0
Новоутворення	209.4	201.5	-7,9
Нещасні випадки, отруєння, травми	149.3	120.9	-28,4
Хвороби органів дихання	58.8	49.4	-9,4
Хвороби органів травлення	110.7	92.0	-18,7
Інші хвороби	120.2	108.5	-11,7

Проте в цілому вторинний рівень медичної допомоги функціонує неефективно: більше третини хворих госпіталізується необґрунтовано, високою є тривалість перебування в стаціонарі, занадто великою є питома вага витрат на утримання закладів, особливо малопотужних дільничних лікарень. Про неефективність використання ресурсів в останніх красномовно свідчать

проведене на основі попередніх розрахунків порівняння витрат на утримання та розвиток дільничних лікарень, що надають переважно медико-соціальну допомогу, і обласної дитячої лікарні, яка надає переважно високоспеціалізовану медичну допомогу третинного рівня. Як видно з таблиці 2, в дільничних лікарнях значно більша частка витрат витрачається на утри-

мання лікарень (93,9% проти 63,1%), що пояснюється перш за все тим, що в цих закладах формально відбулося значне скорочення ліжкового фонду, а будівлі, площі яких розраховані на заклади значно більшої потужності, залишилися такими, як за радянських часів. Відповідно

загальний рівень видатків на одного хворого на рік в лікарнях обох типів відрізняється дуже мало (2048 і 2494 гривні), що свідчить про вкрай нераціональне використання наявних бюджетних коштів.

Таблиця 2

### Порівняння видатків на утримання та розвиток лікарень різних типів

Показники	Дільничні лікарні (32 одиниці)	Обласна дитяча лікарня
Питома вага бюджетних видатків на утримання закладу, в %	93,9	63,1
Питома вага бюджетних видатків на надання медичної допомоги хворим, в %	6,1	36,9
Загальний рівень видатків на одного хворого на рік, у гривнях	2048	2494

### ВИСНОВКИ

1. Загалом результати започаткованих структурних перетворень в окремих службах охорони здоров'я області можна вважати лише першим кроком і переконливим свідченням доцільності структурної реорганізації вторинної медичної допомоги шляхом створення госпітальних округів, що об'єднують заклади декількох сільських районів або міст та районів в залежності від щільності та характеру розселення населення, з врахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг з функціональною диференціацією закладів, виходячи з інтенсивності медичної допомоги, на: лікарні для інтенсивної допомоги, для проведення планового лікування, для відновлювального лікування, хоспіси, лікарні для медико-соціальної допомоги, що пропонується Програмою економічних реформ на 2010-2014рр., запропонованою Президентом України.

2. Головна роль при цьому надається багатопрофільним лікарням для надання інтенсивної допомоги, передусім екстреної медичної допомоги, оскільки саме від їх діяльності залежить життя та здоров'я пацієнтів. Саме ці лікарні в розвинених країнах світу складають близько 90% всіх стаціонарів. Для ефективної діяльності такі лікарні мають обслуговувати не менше ніж 150–200 тис. населення і виконувати не менш ніж 3000 оперативних втручань та приймати не менш ніж 1000 пологів на рік.

3. Реформування галузі потребує також термінового внесення змін у законодавчу та нормативну базу, що регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я, перш за все у частині формування сучасних, адекватних ситуації, що склалася, фінансово-економічних відносин, політичної волі та професійного менеджменту на місцевому рівні.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лехан В.М.. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. — К., Видавництво Раєвського, 2005. — 168 с.

2. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: [монографія] / В. Ф. Москаленко. — К.: Книга плюс, 2008. — 320 с.

3. Програма економічних реформ НА 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»/ Комітет з економічних реформ при Президенті України: Режим доступу : // [http://www.president.gov.ua/docs/Programa\\_reform](http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform) : Назва з екрану.

4. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: Оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / Josep Figueras,

Martin McKee, Suszy Lessof [и др.]; Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. – Copenhagen, 2008.

5. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір/ В.М.Лехан, Г.О.Слабкий, М.В.Шевченко. – К., 2009. – 50с.

6. Lekhan V. Health care systems in transition: Ukraine / V. Lekhan, V. Rudyi, E. Nolte. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. — 128p.

7. McKee M. Hospitals in a changing Europe: options for Europe. – European Observatory on Health Care / M. McKee, J. Healy Buckingham: Open University Press, 2002.

