

ЧУТЛИВІСТЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДО ОЧІКУВАНЬ НАСЕЛЕННЯ - ФУНДАМЕНТАЛЬНА ЦІЛЬ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМОК РОЗВИТКУ ГАЛУЗІ

Дніпропетровська державна медична академія
кафедра соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я
(зав. – д. мед. н., проф. В.М. Лехан)

Ключові слова: чутливість охорони здоров'я, ефективність, оцінка діяльності системи охорони здоров'я
Key words: health system responsiveness, efficiency, assessment of health care system performance

Резюме. В статті описані підходи к оцінці отзывчивості системи здравоохранения. Проведен інформаційний пошук літературних джерел, присвячених цій проблемі. Проаналізована хронологія розвитку концепції. Показано, що поняття отзывчивості пов'язано з немедицинськими (неклінічними) аспектами функціонування системи здравоохранения: забезпеченням поваги до гідності людини та орієнтацією на пацієнтів. Вказано, що стандартна програма дослідження включає визначення середнього індексу отзывчивості та розподілу його рівня серед різних груп населення. Дані характеристики восьми елементів отзывчивості здравоохранения – поваги до людської гідності, конфіденційності, автономності, комунікабельності, належних умов надання допомоги, оперативності, доступу до мережі соціальної підтримки та свободи вибору. Визначено, що для оцінки системи здравоохранения України цілеспрямовано використовувати модифіковану методологію ВООЗ.

Summary. The article describes approaches to assessing responsiveness of health system. An information search of the literature on this problem was done. Chronology of the concept development was analyzed. It is shown that the notion of responsiveness is associated with non-medical (non-clinical) aspects of the functioning of health system: respect for person's dignity and orientation domains on patients. Standard program of research involves determining the average index of responsiveness and distribution of its levels among different population groups. Characteristics of eight elements of health system responsiveness – respect to person's dignity, confidentiality, autonomy, communication, proper conditions of aid rendering, efficiency, access to network of social support and choice of health care provider. It was determined that to assess health care system of Ukraine it is expedient to use modified system of WHO.

Успішне реформування системи охорони здоров'я (ОЗ) є пріоритетним завданням розвитку соціально-економічної сфери нашої країни [7]. Однією з основних передумов вдалих перетворень є адекватна оцінка існуючого стану галузі. Загально визнаною та найбільш поширеною у міжнародній практиці методикою для оцінки діяльності систем ОЗ є розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) підхід, що базується на вимірюванні виконання трьох загальних завдань: поліпшення стану здоров'я населення (як відносно рівня, так і в забезпеченні соціальної справедливості); дотримання принципу справедливості при розподілі фінансових ресурсів із забезпеченням захисту від фінансового ризику та підвищення чутливості системи

до очікувань населення у питаннях, не пов'язаних зі здоров'ям.

Поряд з більш «звичними» і загальноприйнятими напрямками аналізу діяльності (покращення здоров'я та фінансова справедливість) як основна ціль ОЗ була визначена чутливість системи охорони здоров'я як ступінь реакції на потреби споживачів. Якщо першим двом цілям в Україні у певному ступені приділялася увага (розвивалася концепція та проводилися вимірювання окремих показників [3,5,6]), то проблема оцінки чутливості системи охорони здоров'я залишається недостатньо розробленим питанням, що і визначило програму даного дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Метою даного дослідження було вивчення та систематизація існуючих підходів до оцінки чутливості системи ОЗ, аналіз досвіду щодо оцінки діяльності системи в даному напрямку. Для вирішення поставлених завдань проведено пошук вітчизняних та зарубіжних літературних джерел з використанням електронної системи PubMed та електронної бібліотеки WebIRBIS. Загалом знайдено 209 публікацій, 46 з яких, прямо або опосередковано стосувалися досліджуваної проблеми, відібрано для подальшого детального аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Розробка концепції чутливості ОЗ починає свою історію з підготовки до міжнародного обстеження 2000-2001 року, коли експертами ВООЗ в рамках порівняльної оцінки діяльності систем різних країн світу була додатково запропонована нова ціль систем охорони здоров'я – рівень чутливості ОЗ. Період 1999-2004 р.р. було присвячено розробці надійної та дієвої методології, пілотним дослідженням і адаптації методики до умов різних країн світу. Було розроблено два типи анкет – для міжнародного обстеження ОЗ з акцентом на опитуванні експертів та для всесвітнього обстеження стану здоров'я населення з акцентом на обстеження домогосподарств. Найбільш значущою серед різних дискусійних документів того періоду [12, 13, 17, 20] є робота Amala de Silva та Nicole Valentine (DPS №21, 2000 р.), у якій висвітлюються базові підходи до вивчення чутливості системи охорони здоров'я [12]. Концепція чутливості та результати міжнародної оцінки діяльності систем ОЗ різних країн були оприлюднені для широкого кола читачів у доповіді про стан охорони здоров'я у світі 2000 року [2].

У 2005 році вивчення чутливості охорони здоров'я увійшло як один із модулів у Всесвітнє обстеження стану здоров'я (World Health Survey, 2005 р.). До вивчення чутливості ОЗ включено ще один елемент - комунікацію. Були розширені рамки обстеження – рекомендувалося не лише використовувати як ключових респондентів експертів у галузі охорони здоров'я та медичних працівників, а більш широко залучати різні верстви населення, використовувати різні способи збирання інформації (телефоном, поштою, за допомогою Інтернету, під час перебування пацієнтів в амбулаторних і стаціонарних лікувальних закладах, при профілактичних оглядах тощо). Для перевірки надійності таких даних їх

рекомендувалося співставляти з опитуванням ключових респондентів (експертів, лікарів та інших осіб, обізнаних у питаннях організації охорони здоров'я) [10, 15, 18].

Період з 2006 року до цього часу характеризується адаптацією існуючих методик до умов різних країн, використанням різних методів аналізу інформації, розробкою регіональних методів оцінки чутливості. Технічне управління цим процесом виконує ВООЗ, яка випустила аналітичне керівництво по аналізу чутливості системи охорони здоров'я - Analytical Guidelines for Surveys in the Multi-country Survey Study [18]. Незважаючи на це, досліджень у цьому напрямку проведено ще недостатньо, особливо на національному та регіональному рівнях [1-3, 5, 15, 18].

У наш час чутливість системи ОЗ визначається як результат, який може бути досягнуто, коли інститути охорони здоров'я та інституційні відносини розроблені таким чином, що вони усвідомлюють і адекватно реагують на законні очікування людей, пов'язані з охороною здоров'я. Вона має відношення до індивідуального підвищення добробуту через покращення взаємодії з системою охорони здоров'я [13].

Чутливість складається з двох основних компонентів: поваги до людини та орієнтації на клієнта, які об'єднують різні елементи чутливості, що були визначені в результаті роботи міжнародних експертних груп та соціологічних досліджень у різних країнах (обстеження домогосподарств в Танзанії, Колумбії, Філіппінах та ін.) [12, 13].

Рівень чутливості систем охорони здоров'я вимірюється за допомогою соціологічних досліджень, які включають комплекс питань, орієнтованих на оцінку різних складових чутливості. На основі отриманих даних розраховується інтегральний показник рівня чутливості для кожної національної системи охорони здоров'я (для України, за даними дослідження 2000р., він складав 5,13 бала за десятибальною шкалою) і показник рівномірності розподілу чутливості для різних груп населення. Аналізується також система індикаторів, що формує чутливість ОЗ з метою визначення найбільш впливових та керуваних елементів для подальшої розробки заходів щодо їх оптимізації [2, 10, 15, 18]. У результаті різноманітних досліджень та роботи експертних груп була роз'яснена та доповнена система індикаторів чутливості системи охорони здоров'я [10, 12-15, 17, 18, 20], згрупована за двома

категоріями по чотири елементи в кожній групі (табл.).

До сфери «повага до людини» відносять автономію, комунікацію, конфіденційність та гідність. Остання передбачає право індивідуумів залишатися при лікуванні особистостями, замість того, щоб просто як пацієнти, в силу асиметричної інформації та фізичної недієздатності, позбавлятися права лікування з повагою. Це включає діапазон проблем від дотримання прав людини при лікуванні (наприклад, право збереження свободи при наявності інфекційної хвороби) до широкого кола немедичних проблем [2, 4, 12].

Під автономією мається на увазі участь самого пацієнта в обговоренні лікувального процесу або його інформована згода на вибір засобів і методів лікування, в тому числі і аргументована відмова від лікування дієздатного пацієнта. Конфіденційність (нерозголошення лікарської таєм-

ниці про хворого без його згоди) належить до збереження лікарської таємниці в контексті офіційного звіту та медичних записів. Комунікація включає здатність налагодити контакт з хворою людиною та надати чітку і доступну інформацію стосовно альтернативних методів профілактики та лікування захворювань і методів оплати медичних послуг [10, 12].

До сфери «орієнтація на клієнта» належать свобода вибору лікувального закладу та провайдерів медичних послуг, якість побутових умов, тривалість очікування медичної допомоги (швидкість обслуговування) та доступ до систем соціальної підтримки. Швидкість надання допомоги об'єднує два аспекти. Перший - це можливість отримати допомогу без зволікань через зручно розміщені заклади охорони здоров'я, другий - зменшення часу очікування консультації та лікування.

Основні аспекти, що вивчаються при проведенні досліджень чутливості систем охорони здоров'я [10, 18]

Сфери	Елементи (аспекти) чутливості	Коротке описання аспекту	Напрямки оцінки елемента чутливості
Повага до людини	Гідність	Ввічливе спілкування та лікування. Приватність медичних оглядів.	Шанобливе ставлення медичного персоналу до пацієнтів. Підтримка гідності хворих із соціально небезпечними захворюваннями, наприклад, на проказу або СНІД. Зберігання конфіденційності пацієнта під час досліджень.
	Конфіденційність	Конфіденційність особистої інформації	Консультації, що забезпечують конфіденційність пацієнта. Забезпечення конфіденційності медичних записів та інформації про пацієнтів. Приватність спілкування з лікарем.
	Автономія	Участь у прийнятті рішень	Консультація пацієнтів з приводу кращих методів лікування. Одержання згоди пацієнта на обстеження та лікування.
	Комунікація	Прозорість, чіткість, доступність та ясність комунікацій	Пацієнтам дають інформацію про альтернативні варіанти лікування. Постачальники медичних послуг чітко пояснюють методи діагностики та лікування. Пацієнтам рекомендується ставити запитання. Система охорони здоров'я надає інформацію про профілактику захворювань. Система надає чітку інформацію про оплату медичних послуг та пільги.
Орієнтація на клієнта	Вибір	Свобода вибору постачальників медичних послуг	Право вибору постачальників медичних послуг. Право вибору медичних закладів.
	Оперативність (швидкість) обслуговування	Зручно добиратися та прийнятний час очікування	Прийнятний час очікування на результати обстежень. Прийнятна черга на оперативне втручання при надзвичайних ситуаціях. Прийнятний час очікування на медичні послуги та консультації. Зручно добиратися та прийнятний час поїздки в медичні заклади.
	Якість побутових умов	Належні умови у медичному закладі	Якість базової інфраструктури закладів охорони здоров'я. Наявність вільного простору, місць для сидіння, чистота повітря, здорова та прийнятна їжа. Стан палат та санітарно-гігієнічних засобів.
	Доступ до соціальної підтримки	Регулярний контакт із зовнішнім світом	Пацієнтів можуть супроводжувати друзі або родичі під час консультації. У пацієнтів є можливість при отриманні допомоги бути доглянутими друзями або членами родини.

Час очікування сам по собі прикре явище, а якщо очікування супроводжується тривогою, невпевненістю, негативний ефект багаторазово зростає. Крім того, для працюючих людей час, витрачений непродуктивно, можна порівняти з втраченим заробітком. Ось чому час - дуже важливий критерій оцінки діяльності служби медичної допомоги [1, 2, 10].

Якість основних побутових умов фокусується на поліпшенні зовнішнього та внутрішнього середовища закладів охорони здоров'я, таких як чистота обладнання, палат, зручність меблів, якість харчування. Доступ до соціальної підтримки під час хвороби включений у перелік елементів тому, що благополуччя пацієнта найкращим чином забезпечується соціальною інтеграцією під час лікування [12, 13].

За результатами опитування близько 2 тис. осіб у країнах Європейського регіону, експерти ВООЗ зробили висновок, що серед вищезазначених елементів чутливості системи охорони здоров'я населення найбільше цінує швидкість обслуговування; повагу людської гідності, право на недоторканність особистої інформації; належні умови надання медичної допомоги [2]. Деякі дослідники вважають, що дещо переоцінюється значення часу очікування лікування для визначення чутливості системи, а недооцінюється елемент якості побутових умов, особливо для пацієнтів старших вікових груп [14]. У дослідженні чутливості серед пацієнтів амбулаторно-поліклінічних закладів 41 країни світу було встановлено, що повага до пацієнтів оцінюється як найбільш важлива сфера, гідність та комунікації зайняли відповідно 2-е та 3-є рангові місця [19]. Дослідження чутливості при оцінці системи охорони здоров'я Тайваню показало, що п'ять головних елементів (повага, доступ, конфіденційність, якість побутових умов та соціальна підтримка) зумовлюють 63,5% інтегральної оцінки чутливості [16]. Доступ до медичної допомоги, комунікації, автономія були визначені як пріоритетні галузі для поліпшення чутливості системи охорони здоров'я Південної Африки [11].

Серед аспектів, які зазвичай використовуються в обговоренні питань, пов'язаних з чутливістю охорони здоров'я, часто фігурують задоволеність пацієнтів та якість медичної допомоги. Хоча деякі автори до цього часу ототожнюють такі поняття, як «задоволеність пацієнтів» та «чутливість охорони здоров'я» [1], між ними, незважаючи на взаємозв'язок, існують докорінні відмінності. Чутливість відрізняється від традиційного задоволення потреб пацієнтів трьома ос-

новними ознаками. По-перше, можливість задоволення потреб пацієнта зазвичай обмежена взаємодією в рамках лікувально-профілактичного закладу, тоді як чутливість прагне оцінити систему охорони здоров'я в цілому. По-друге, діапазон проблем, що розглядаються як задоволення потреб пацієнта, часто об'єднує як медичний, так і немедичні аспекти, а чутливість відображає тільки немедичні аспекти системи охорони здоров'я і концентрується на умовах надання допомоги. І найважливіше, що у той час, як задоволення потреб пацієнта становить складний баланс усвідомленої потреби та очікувань [15], чутливість оцінює досвід індивідуумів у контактах з системою охорони здоров'я у порівнянні з визнаними етико-деонтологічними нормами [8, 12].

Серед критеріїв оцінки чутливості системи охорони здоров'я на запити населення за стандартами ВООЗ не враховуються питання якості медичної допомоги, оскільки критерій якості може охоплювати широкий спектр питань, які не враховуються при аналізі чутливості [13]. Але різними дослідниками відмічається, що існує позитивний кореляційний зв'язок між якістю медичного обслуговування та чутливістю ОЗ [13, 18], серед інших чинників, що позитивно впливають на рівень чутливості: задоволеність пацієнтів [8], збільшення державних витрат на охорону здоров'я на душу населення [14], рівень здоров'я населення [13, 18].

ВИСНОВКИ

1. Стандартна програма дослідження чутливості системи охорони здоров'я була розроблена в результаті багаторічної праці експертів та дослідників з різних країн світу під патронатом ВООЗ. На рівні країни вона зазвичай включає визначення середнього рівня індексу чутливості; розподіл рівня чутливості по відношенню до різних соціально-економічних і демографічних груп та аналіз значення різних елементів чутливості, з виявленням пріоритетних напрямків оптимізації медичного обслуговування. Існують суттєві розбіжності у цінності різних елементів чутливості для населення різних країн світу.

2. Враховуючи те, що за допомогою показника чутливості можна справедливо оцінити важливий аспект діяльності територіальної та національної системи охорони здоров'я, в Україні назріла нагальна необхідність проведення подібного дослідження. Для цього доцільно використовувати підходи ВООЗ з певними елементами адаптації до національних потреб та інформаційних можливостей.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алексеев В.А. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения / В.А. Алексеев, Ф.Е. Вартамян, И.С. Шурандина // *Здравоохранение*. - 2009. - № 11. - С. 57-67.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. - М.: ВОЗ, 2000. - 232с.
3. Жалінська І.В. Огляд та класифікація методик оцінки охорони здоров'я населення / І. В. Жалінська // *Економічний простір*.- 2009. - №32. - С. 109 - 117.
4. Здоровье и права человека. Справочное руководство / [под ред. Дж. Коэна, Т. Эзер, П. Макадамса, М. Милофф. - Институт «Открытое общество» (OSI) и образовательный центр «Эквигас», 2009. - 444 с.
5. Кризина Н.П. Обґрунтування реформування галузі охорони здоров'я за даними України та зарубіжних країн у контексті політики Всесвітньої організації охорони здоров'я / Н. П. Кризина // *Україна. Здоров'я нації*. - 2008. - № 1.- С. 80-86.
6. Любінець О.В. Втрачений життєвий потенціал населення України в 2008 році / О.В. Любінець // *Україна. Здоров'я нації*. - 2010.- № 3(15).- С. 32-39.
7. Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / Комітет з економічних реформ при Президенті України. - 2010. - 87с. Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf. - Титул. з екрана.
8. Bleich S.N. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? / S.N. Bleich, E. Ozaltin, C.K. Murray // *Bull. World Health Organ.* - 2009. - Vol. 87, N 4. - P. 71-78.
9. Coulter A. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers / A. Coulter, C. Jenkinson // *Eur. J. Public Health.* - 2005. - Vol. 15, N 4. - P. 355 - 360.
10. Health system responsiveness survey results: equitable, humane, patient-centred treatment by health systems, or not? Sample report.- Geneva: WHO, 2003.- 8 p.
11. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective / C.C. Hsu, L. Chen, Y.W. Hu [et al.] // *BMC Public Health.* - 2006. - N 17. - P. 66-72.
12. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa / K. Peltzer // *BMC Health Serv. Res.* - 2009. - N 14. - P 99-117.
13. Silva A. Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 21 / A. de Silva, N. Valentine. - Geneva: WHO, 2000. - 21p.
14. Silva A. A framework for measuring responsiveness. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 32 / A. de Silva. - Geneva: WHO, 2003. - 42 p.
15. Sirven N. Comparability of Health Care Responsiveness in Europe Using anchoring vignettes from SHARE : Working paper №15/ N. Sirven, B. Santos-Eggimann, J. Spagnoli . - Paris: IRDES, 2008. - 17 с.
16. Smith P.C. Оценка эффективности реформирования системы здравоохранения: опыт, проблемы и перспективы: Справочный документ / P. C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas. - Копенгаген, 2008.- 24 с.
17. The Domains of Health Responsiveness. A Human Rights Analysis. EIP Discussion Paper No. 53 / G. Lawrence, G. James, Jr. Hodge [et al.]. - Geneva: WHO, 2003. -12 p.
18. The Health Systems Responsiveness. Analytical Guidelines for Surveys in the Multi-country Survey Study / H. Letkovicova, A. Prasad, R. L. Valle [et al.]. - Switzerland: World Health Organization, 2005. - 143 p.
19. Valentine N. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries / N. Valentine, C. Darby, G.J. Bonsel // *Soc. Sci. Med.* - 2008. - Vol. 66, N 9. - P. 1939 - 1950.
20. WHO strategy on measuring responsiveness. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 23 / C. Darby, N. Valentine, C. Murray, A. de Silva. - Geneva: WHO, 2000. - 21 p.