

Характеристика передумов оптимізації системи охорони здоров'я в Україні

В.П. ЛИСАК

Резюме. У статті представлений аналіз існуючої системи охорони здоров'я щодо відповідності потребам людей та соціально-економічній формації держави. Основними недоліками є невідповідність структури існуючим потребам, недосконалі механізми фінансування закладів охорони здоров'я та низька якість медичних послуг, що є передумовою для оптимізації системи охорони здоров'я в державі.

Ключові слова: система охорони здоров'я, медико-санітарна допомога, діяльність.

Враховуючи, що здоров'я населення є одним з найважливіших чинників розвитку економіки будь-якої країни та добробуту населення [2, 15, 24] питанням ефективної діяльності системи охорони здоров'я приділяється важливе значення [1–7, 14, 17].

Провідною проблемою української охорони здоров'я, як свідчать дані аналізу вітчизняних та міжнародних наукових джерел, є невідповідність діючої в Україні моделі охорони здоров'я, призначеної для функціонування в умовах планової економіки, сучасним реаліям [4, 21].

Недоліки існуючої в Україні моделі охорони здоров'я перш за все проявляються в: зосередженості на вирішенні потреб галузі, а не на задоволенні медичних потреб населення; неефективності структури системи, що призводить до деформованості структури медичних послуг та неефективності використання наявних ресурсів охорони здоров'я; недостатності обсягів фінансування з громадських джерел та нерациональність їх використання, що призводить до порушення принципів справедливості та солідарності, низька якість медичних послуг [4, 11, 19–21].

В Україні за роки незалежності неодноразово започатковувалися різні реформи в сфері охорони здоров'я. Але загалом вони характеризувалися: відсутністю чітко позначених цілей та комплексності перетворень; постійним переглядом стратегії реформ; відсутністю чіткої політики, що забезпечує виконання прийнятих рішень; ігноруванням науково доведених або перевірених практикою підходів, форм та методів перетворень; низькими темпами реалізації та непослідовністю і суперечністю дій, на всіх рівнях управління [19, 25].

Перш за все відмічається не ефективність структури медичного обслуговування. Головною перешкодою для ефективного функціонування системи охорони здоров'я в Україні є неефективність її структури на всіх рівнях системи медичного обслуговування, що заважає виробленню медичних послуг, які відповідають потребам населення в медичній допомозі [1–3]. В системі охорони

здоров'я не існує чіткого розподілу на служби первинної і вторинної допомоги. Первинна ланка практично не впливає на медичний маршрут пацієнта. Самостійно звертаються до лікарів-спеціалістів майже третина (29,5%), до стаціонарів – 16,9% пацієнтів. В результаті рівень обслуговування в 65,9% випадків не відповідає важкості їх стану та перебігу захворювання, в 43,2% – надання медичної допомоги відбувається на більш високих, ніж необхідно, рівнях [1, 5, 12].

Чисельність стаціонарів більше ніж вдвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості. Частка малопотужних лікарень до 50 ліжок у загальній чисельності всіх лікарень становить 12%. Загальна забезпеченість ліжками на 10 000 населення (незважаючи на те, що в Україні відбулося скорочення ліжкового фонду майже на третину) залишається досить високою – 9,73 за даними Держкомстату, що у 1,7 разів перевищує аналогічні показники в країнах ЄС та в 1,4 рази – в Європейському регіоні в цілому [9, 11].

Як відомо, створені в охороні здоров'я потужності, навіть надлишкові, все одно утилізуються (закон Ремера – Roemer's Law – «створене лікарняне ліжко не залишиться незайнятим»), що підтверджується статистичними даними щодо використання стаціонарної допомоги: в Україні рівень (21,9%) та тривалість госпіталізації (13,3 дні) істотно перевищують середньоєвропейські показники (19,2% та 10,4 дні) та показники в країнах ЄС (18,0% та 9,2 дні) (рис.2). Від 30 до 50% пацієнтів госпіталізується необгрунтовано [12, 27].

Надмірна спеціалізація лікарень. Вторинна медична допомога надається переважно багатопрофільними міськими та районними лікарнями. Водночас існує також широка мережа психіатричних, протитуберкульозних, дерматовенерологічних, офтальмологічних та інших лікарень, що негативно впливає на комплексність медичної допомоги: при лікуванні основного захворювання. Так, супутня патологія враховується лише у 27,5% випадків при тому, що в 66,2% випадків її наявності вона впливає на перебіг основного захворювання [5, 13].

Відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від інтенсивності лікування. В стаціонарах вторинного рівня на одному і тому ж ліжку можуть отримувати медичну допомогу хворі, що потребують інтенсивного, протирецидивного лікування, медико-соціальної допомоги, термінальні хворі [4–9, 25, 26].

Слабкі функціональні відмінності у лікарнях вторинного та третинно-го рівнів. За визначенням, третинна медична допомога – це забезпечення великим медичним центром (зазвичай таким, що обслуговує регіон або усю країну, і оснащений складним технологічним і допоміжним устаткуванням) надання високоспеціалізованих медичних і хірургічних послуг при незвичайних і складних медичних проблемах. Однак в Україні границі між вторинним і третинним рівнями стаціонарної допомоги досить розмиті. Наприклад, за існуючими оцінками, 36% пацієнтів, госпіталізованих в обласні лікарні для

надання їм третинної медичної допомоги фактично потребували вторинної допомоги. Їх лікування в обласних лікарнях через устаткування закладів більш складним оснащенням має більшу вартість, ніж лікування в міських або районних лікарнях [25].

Висока зношеність основних фондів в державних та комунальних медичних закладах – частка фізично та морально зношеної техніки в 2007 р. складала 60–70%. Значна частка обладнання відпрацювала 20–25 років, що у 2–3 рази перевищує його технічний ресурс. Біля половини лікарень вторинного рівня не мають умов для надання інтенсивної медичної допомоги пацієнтам [3, 12, 14].

Другою важливою проблемою є недоліки фінансування системи охорони здоров'я [10, 18, 20].

За останнє десятиліття обсяг фінансування охорони здоров'я в Україні істотно збільшився: майже у 8 разів у фактичному вимірі або у 2 рази в реальному вимірі з поправкою на інфляцію. Однак недостатнє фінансування галузі вважається однією з провідних проблем національної охорони здоров'я. Як свідчать дані національних рахунків в охороні здоров'я, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні коливаються в межах 5,5–6,5% ВВП. Такі показники характерні для ряду країн Східної та Центральної Європи. Проте співвідношення надходжень з державних та недержавних джерел фінансування в Україні є одним з найгірших на Європейському континенті. Відмічаються надмірні витрати населення на потреби охорони здоров'я. За найбільш скромними оцінками, питома вага особистих витрат населення на охорону здоров'я складає більше 40% від загального об'єму фінансування галузі (за даними Світового банку – 2,3–3% ВВП). Такі фінансові інструменти як добровільне медичне страхування та лікарняні каси істотного впливу на обсяги фінансування не мають. Переважає пряма оплата послуг населенням. Громадяни з особистих коштів оплачують значну частину медичних послуг. Більшість населення самостійно забезпечує себе медикаментами при лікуванні не тільки в амбулаторних, але і в стаціонарних умовах. Значну частку (до 10% загальних витрат) складають неформальні / тіньові платежі [8].

Наростання платності відбувається в хаотичній і неконтрольованій формі, без яких-небудь виразних спроб держави пом'якшити негативні наслідки цього процесу для населення.

В цілому, за оцінками Світового банку, платежі населення за медичні послуги в Україні більш регресивні, ніж в інших країнах європейського регіону і країнах ОЕСР і потенційно можуть відкинути велику частину людей за межу бідності.

Надмірна децентралізація і фрагментація фінансових потоків Поглиблює негативні тенденції в фінансуванні охорони здоров'я децентралізована чотирирівнева система розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я, встановлена Бюджетним кодексом 2001р. Використання коштів, що виділяються на охорону здоров'я на кожному рівні бюджетної системи, частково

перетинається. Фінансування з бюджетів різних рівнів одних і тих же видів медичної допомоги для одних і тих же категорій населення, що надаються різними по підлеглості медичними закладами, створює умови для неефективного використання наявних ресурсів: потужності і робота медичних закладів різного рівня частково дублюють один одного [25].

Посилює фрагментацію фінансових потоків існування відомчих систем охорони здоров'я. В Україні, крім системи охорони здоров'я, що знаходиться у віданні МОЗ України, існує низка паралельних медичних служб систем міністерств та відомств (14), на фінансування яких витрачається 42,3% видатків на охорону здоров'я з державного бюджету, що виділяється на охорону здоров'я: АМН України – 12,4%, Міністерство транспорту – 5,8%, Міністерство праці і соціальної політики – 6,5%, Міністерство оборони – 6,9% (дані Національних Рахунків охорони здоров'я, 2007). Наявність відомчих систем охорони здоров'я також обертається підтримкою дублюючих один одного потужностей медичних установ і відповідно неефективним використанням державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я [11, 16].

В результаті фрагментації пулів фінансових коштів і дублювання послуг охорони здоров'я не дозволяють оптимізувати процес надання медичної допомоги і сприяють виживанню неефективних методів надання послуг.

Неадекватні методи фінансування медичних закладів. Діючі механізми кошторисного фінансування медичних установ не створюють у них стимулів до підвищення якості медичних послуг і ефективності використання ресурсів. Крім того, формування кошторису закладу на старих радянських підходах, що базуються на їх потужності, тобто залежно від чисельності ліжок і персоналу в установах охорони здоров'я, а не від потреб населення в медичній допомозі створює неадекватні стимули до екстенсивного розвитку галузі, збереження надмірної і неефективної інфраструктури (зокрема шляхом невиправданого збільшення числа амбулаторних консультацій, не обґрунтованих госпіталізацій, подовження термінів госпіталізації і ін.). Об'єм і якість виконуваної роботи при цьому не враховуються [22, 26].

Неадекватна система оплати праці медичного персоналу. В Україні заробітна плата медичного персоналу продовжує залишатися занадто низькою. Середній розмір заробітної плати по галузі значно нижчий, ніж в інших секторах економіки (в порівнянні з усіма галузями в 1,6 рази; в порівнянні із зарплатою в промисловості – в 1,8 рази). В порівнянні з сусідніми країнами Центральної та Східної Європи і навіть СНД рівень зарплати вищий в 5–10 разів. Оплата праці медичного і іншого персоналу здійснюється на основі ставок (посадових окладів), які практично не диференціюються залежно від спеціальності і характеру виконуваної роботи. В переважній більшості випадків оплата праці персоналу в установах охорони здоров'я здійснюється лише за відпрацьований час, без реального врахування об'ємів, якості і ефективності роботи того або іншого співробітника. Преміювання і встановлення будь-яких надбавок до

зарплати (окрім доплати за часткове заміщення вакантних штатних посад, надбавок за стаж і кваліфікаційну категорію, що є обов'язковими) відбувається досить рідко передусім через дефіцит фінансування і здійснюється при відсутності чітких критеріїв, що позбавляє більшість працівників стимулів до більш ефективної та якісної роботи.

В цілому існуюча система фінансування охорони здоров'я не забезпечує результативного захисту населення від фінансових ризиків, пов'язаних з необхідністю оплати медичних послуг у випадку захворювання та не сприяє ефективному використанню ресурсів системи.

Наведені дані свідчать, що наявні ресурси охорони здоров'я України розпорошені, а структура медичних послуг істотно деформована, що може призвести до загострення проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи.

Вищенаведене призводить до низької якості медичної допомоги. Проблеми забезпечення і оцінки якості медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я.

Перетворенням, спрямованим на поліпшення якості медичного обслуговування, в Україні приділяється значна увага. З 1999 р. за рішенням уряду усі установи охорони здоров'я незалежно від форми власності підлягають обов'язковій акредитації з періодичністю 1 разів в три роки, а з 2001 р. відповідно до закону «Про ліцензування» обов'язкового характеру набуло і ліцензування медичної практики в установах охорони здоров'я усіх типів. Проте відсутність системи стимулів при використанні результатів ліцензування і акредитації (наприклад, виключення з ліцензії деяких видів медичної практики, не забезпечених необхідними умовами; або відбір постачальників медичних послуг для їх фінансування за рахунок бюджетних коштів залежно від міри гарантованості якості медичного обслуговування), а також комплектування ліцензійних і акредитаційних комісій виняткове органами управління охороною здоров'я сприяло перетворенню цих механізмів на досить формальні інструменти внутрішньовідомчої експертизи [8].

За останні роки були створені стандарти в формі клінічних протоколів практично за всіма медичними спеціальностями. Проте більшість з них розроблені експертним методом без використання даних доказової медицини, а впровадження не підкріплюється адекватними стимулами, не проводиться моніторинг ефективності їх використання.

Певна частина лікарів до цього часу не ознайомлена з діючими медичними стандартами, ще більша кількість лікарів знає, але не використовує їх в своїй роботі. Так, з загального числа лікарів-анестезіологів ознайомлено з протоколами близько 80%, а використовує в практичній діяльності – лише 52–63% фахівців з цієї спеціальності [3].

В цілому рівень якості медичної допомоги, за даними експертних оцінок, досить низький – інтегральний показник якості лікування становить приблизно

56%. Невідповідним стану пацієнта лікування визнано у 40,1–83% хворих стаціонарних закладів. Населення невдоволене якістю надання медичної допомоги, про що свідчать результати соціологічних опитувань – більшість опитаних оцінює якість послуг з охорони здоров'я як низьку. Низька якість медичної допомоги обмежує можливості впливу на здоров'я населення та призводить до марнотратного витрачання обмежених коштів системи [21].

Висновки

В Україні відмічається невідповідність системи охорони здоров'я існуючим потребам та соціально-економічній формациї держави.

Основними недоліками є невідповідність структури існуючим потребам, недосконалі механізми фінансування закладів охорони здоров'я та низька якість медичних послуг, що є передумовою для оптимізації системи охорони здоров'я в державі.

Література

1. Волчек В.В. Аналіз якості лікувально-діагностичного процесу кардіологічних хворих в спеціалізованих відділеннях / В.В. Волчек // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 100–103.
2. Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реальні проблеми та шляхи вирішення / В.В. Лазоришинець, В.Г. Бідний, М.В. Банчук та ін.; за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 107 с.
3. Князевич В.М. Наукове обґрунтування оптимізації системи інтенсивної медичної допомоги населенню України: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Князевич В.М. – К., 2009. – 39 с.
4. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
5. Лехан В.М. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня / В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, В.В. Волчек // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – Т. 2, № 2. – С.44–52.
6. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем влияния на детерминанты здоровья. – Женева: ВОЗ, 2009. – 129 с.
7. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню: підсумки діяльності системи охорони здоров'я України за 2008 рік: [монографія] / За ред. В.М. Князевича; МОЗ України, УІСД МОЗ України. – К., 2009. – 122 с.
8. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» 2007: [монографія] / За ред. Г.О. Слабкого. – К., 2008. – 90 с.
9. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» 2008: [монографія] / За ред. В.М. Князевича, Г.О. Слабкого. – К., 2009. – 137 с.: табл.
10. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2008 році: [стат. бюлетень] / Держкомстат України. – К., 2010. – 110 с.
11. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.

12. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: [спеціалізоване видання] / В.М. Князевич, В.В. Лазориницький, І.В. Яковенко [та ін.]. – Київ–Тернопіль, 2009. – 440 с.
13. Подоляка В.Л. Наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги у великому промисловому місті: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Подоляка В.Л. – К., 2008. – 36 с.
14. Регіональні системи охорони здоров'я України. Частина I: [монографія] / За ред. З. М. Митника, Г.О. Слабкого. – Київ, 2010. – 393 с.
15. Сучасні та прогнозовані тенденції смертності населення України: [монографія] / Г.О. Слабкий, О.М. Орда, Л.А. Чепелевська та ін. – К., 2010. – 179 с.
16. Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні // Рекомендації щодо реорганізації системи охорони здоров'я в Україні: базова проблематика і варіанти рішень: матеріали підсумкової конференції Проекту ЄС. – К., 2009. – 96 с.
17. Тульчинский Т.Х. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку / Т.Х. Тульчинский, Е.А. Варавикова. – Иерусалим: Amutah for Education and Health, 1999. – 1049 с.
18. Финансовый кризис и глобальное здравоохранение: [доклад Консультации высокого уровня]. – Женева: ВОЗ, 2009. – 25 с.
19. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2007 рік // Під ред. В.М. Князевича. – К., 2008. – 277 с.
20. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2008 рік // Під ред. В.М. Князевича. – К., 2009. – 384 с.
21. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік: [монографія] / За ред. В.М. Князевича; МОЗ України, УІСД МОЗ України. – К., 2009. – 384 с.: іл., табл.
22. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2007 рік // Під ред. В.М. Князевича. – К., 2008. – 282 с.
23. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2008 рік // Під ред. В.М. Князевича. – К., 2009. – 360 с.
24. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік.: [монографія] / За ред. В.М. Князевича; МОЗ України, УІСД МОЗ України. – К., 2009. – 360 с.: іл., табл.
25. Ярош Н.П. Наукове обґрунтування ролі та місця обласної лікарні в системі охорони здоров'я на сучасному етапі реформування сектора: автореферат дис. ... канд. мед. наук / Ярош Н.П. – К., 2001.
26. Improving Intergovernmental Fiscal Relations in Ukraine, 2008 <http://go.worldbank.org/6C56QH4A70>.
27. The Ukrainian health financing system and options for reform / By: Valeria Lekhan, Volodymyr Rudyi, Sergey Shishkin: Health Systems Financing Programme WHO Regional Office for Europe, 2007. – 33p. <http://www.euro.who.int/document/e90754.pdf>.

Характеристика предпосылок оптимизации системы здравоохранения в Украине

В.П. ЛЫСАК

Резюме. В статье представлен анализ существующей системы здравоохранения на предмет соответствия потребностям людей и социально-экономической формации государства. Основными недостатками являются несоответствие структуры существующим потребностям, несовершенные механизмы финансирования учреждений здравоохранения и низкое качество медицинских услуг, что является предпосылкой для оптимизации системы здравоохранения в государстве.

Ключевые слова: система здравоохранения, медико-санитарная помощь.

Characteristic conditions of optimization of health care in Ukraine

V.P. LYSAK

Summary. The article presents an analysis of existing health care system to meet the needs of people and socio-economic formation of the state. The main disadvantages are the needs mismatch structure, imperfect mechanisms for financing health care and poor quality of medical services as a prerequisite for optimizing the health system in the state.

Key words: health care.

УДК 616-082

Досвід лікування хворих з хірургічною патологією в умовах медичної роти механізованої бригади

І.А. ЛУРІН, С.А. САПА, О.В. ОССОВСЬКИЙ, Д.В. ЛОСЬ

Резюме. Робота виконана на базі медичної роти військової частини А0998 при лікуванні 468 хворих, які потребували хірургічного втручання.

Встановлено, що сили та засоби медичної роти механізованої бригади дозволяють виконати поставлені завдання за призначенням. Це дозволяє розвантажити госпітальну ланку від необгрунтованих госпіталізацій та сконцентрувати діяльність останньої на більш складних випадках.

Ключові слова: Військова ланка, хірургічна інфекція, хірургічна допомога.

Хірургічна допомога у військовій частині це сукупність лікувально-діагностичних та профілактичних заходів, які виконуються у медичному підрозділі частини хворим з хірургічною патологією [1, 5].

За даними щорічних медичних звітів військових частин в зоні відповідальності Військово-медичного клінічного центру Західного регіону (м. Львів) (ВМКЦ ЗахР) за період з 2004 по 2009 рік в загальній структурі захворюваності військовослужбовців, хвороби шкіри та підшкірної клітковини за класом XII