

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО НАСЛІДКИ ЩОДО МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАЦЮЮЧИХ

Крекотень О. М.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

У статті обговорюються проблеми медичного забезпечення працівників, які виникли з переходом системи охорони здоров'я в умови ринкової економіки, що негативно вплинуло на стан здоров'я працюючого населення.

Ключові слова: медичне забезпечення, працівники, система охорони здоров'я.

Проблемними питаннями профпатологічної служби в Україні є недосконалість законодавчо-правового забезпечення надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги працюючому населенню, недостатність фінансування наукових розробок щодо вдосконалення діагностики, лікування, медичної профілактики професійних захворювань, прогнозування впливу, гігієнічного нормування і регламентування пріоритетних факторів ризику виробництва на здоров'я працюючих, а також незабезпеченість матеріально-технічної бази медичних установ відповідного профілю ускладнюють вирішення загальних проблем професійної патології [1].

Економічний збиток, пов'язаний з втратою трудового потенціалу, відшкодуванням компенсацій у зв'язку з втратою працездатності, медичними витратами на лікування та реабілітацію хворих, а також відтворенням робочої сили, робить проблему профілактики і ранньої діагностики професійних захворювань однією з пріоритетних у сфері медицини праці та системі охорони здоров'я, як в Україні, так і на міжнародному рівні.

Професійна захворюваність формується тільки в системі «людина – умови праці» за рахунок впливу багатьох чинників на організм людини та іноді є вирішальними щодо можливості виникнення професійного захворювання.

В Україні набуто значного досвіду щодо вивчення дії небезпечних та шкідливих умов праці на здоров'я працюючих, наукового обґрунтування гігієнічних нормативів та регламентів; відпрацьовано процедуру встановлення зв'язку захворювання з умовами праці, проте рівень виявленої профзахворюваності в Україні в кілька разів нижче, ніж у розвинених країнах Європи (Данія, Швеція, Ісландія, Норвегія та інші) [2].

На повноту виявлення впливають також різні системи медичного обслуговування працюючих, конфлікт інтересів постраждалих та роботодавців, незацікавленість страхових компаній, непослідовність в діяльності фондів. Часто вирішаль-

не значення має різниця в системах компенсацій за втрату працездатності та здоров'я внаслідок професійного захворювання. Звичайно ці питання є більш складними в країнах з перехідною економікою та в країнах, що розвиваються в порівнянні з США, Канадою, країнами ЄС та Японією.

Дослідження глибинних причин усієї сукупності цих факторів є нагальною потребою через те, що лише інформація, яка відображає реальний стан профзахворюваності, може стати надійною основою державної політики планування медичного і соціального обслуговування працюючого населення [2].

Загальновідомо, що неблагополуччя у сфері здоров'я, високі показники смертності працюючого населення є значущими чинниками, які гальмують розвиток держави і перешкоджають економічному зростанню, оскільки хворі люди мають менше можливостей для освітньо-професійної самореалізації, не можуть забезпечити високу продуктивність праці, працюючи, не мають змоги повноцінно виконувати свої трудові функції, а оплата листків непрацездатності та вихід на інвалідність потребують додаткових видатків коштів з бюджету. Тому будь-які економічні реформи в Україні не в змозі забезпечити нову якість економічного зростання в умовах, коли значна частина населення хвора і третина з нього не доживає до завершення періоду трудової діяльності (65 років) [3].

За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я має забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто її найбільш потребує, характеризуватися високою якістю і безпечністю медичних послуг та забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні. Сьогодні, за даними ВООЗ, система охорони здоров'я за умови її ефективної організації може забезпечити зниження рівня загальної смертності населення віком до 75 років – на 23% у чоловіків і на 32% у жінок [4].

Можливості впливу системи охорони здоров'я

на громадське здоров'я використовуються вкрай недостатньо, про що свідчать матеріали широко-масштабного дослідження запобіжної смертності в Україні, проведеного Українським центром соціальних реформ. Так, за період 1995–2006 рр. позитивна динаміка смертності серед населення працездатного віку цілком залежала від невідповідної профілактики. Водночас смертність від причин, які можливо нейтралізувати діями системи охорони здоров'я не змінилася або навіть зросла. Відсутність, незважаючи на збільшення фінансування галузі, позитивної динаміки показників смертності від причин, на які охорона здоров'я, за умов своєчасної діагностики та якісного лікування, може впливати, свідчить, що вплив системи охорони здоров'я не лише не збільшується, а навіть зменшується [4].

За матеріалами низки досліджень, головною перешкодою для кращого функціонування системи охорони здоров'я в Україні є неефективність її структури на всіх рівнях системи медичного обслуговування, що заважає наданню медичних послуг, які відповідають потребам населення в медичній допомозі.

Населення невдоволено якістю надання медичної допомоги, за даними соціологічних опитувань – більшість опитаних оцінили якість послуг як низьку, що в свою чергу обмежує можливості впливу на їх здоров'я [4].

Н. М. Орлова та В. Л. Корецький указують на те, що залишаються проблеми і з доступністю послуг лікарів. У трьох із семи домогосподарств хворі не мали змоги відвідати лікаря у разі потреби. У чотирьох з п'яти таких випадків опитані пояснили це високою вартістю послуг, у кожному десятому – відсутністю медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 16%), у кожному одинадцятому – занадто довгою чергою. Майже кожне п'яте домогосподарство, члени яких потребували, але не отримали медичної допомоги, повідомило про випадки недоступності для хворих членів родини необхідного лікування у стаціонарних лікувальних установах. Майже усі такі домогосподарства вказали, що вимушена відмова від належного лікування викликана занадто високою його вартістю [5, 6].

В Україні існують значні розбіжності в можливостях отримання медичної допомоги для різних верств населення. Достовірні свідчення про нерівність у наданні медичної допомоги мають вельми обмежений характер і дотепер не виступали предметом всебічного аналізу.

Іншою серйозною проблемою, за даними соціологічного дослідження, проведеного у 2005 р., є показник звертання за медичною допомогою: в країні кожен третій українець (33,1%) протягом року жодного разу не звертався до лікаря. Це найвищий показник серед 24 європейських країн, що взяли участь в загальноєвропейському моніторинговому проекті «Європейське соціоло-

гічне дослідження» [7].

Дослідження масштабів і мотивів відкладання звертань за медичною допомогою показало, що у разі захворювання 40,5% опитаних намагались, за можливості, не звертатися до лікарів для отримання професійної медичної допомоги, 35,0% готові відкласти звертання за причинами високої вартості ліків, предметів домашнього використання і послуг охорони здоров'я [7].

Простежується взаємозв'язок відкладання звертання за медичною допомогою із незадоволеністю якістю медичного обслуговування. Населення України дуже критично оцінює стан національної охорони здоров'я – $2,82 \pm 2,11$ за 10-бальною шкалою [7].

Істотний вплив на частоту відкладання звертання за медичною допомогою внаслідок низької її якості мали такі причини: освіта, рівень доходів і тип поселення.

Частка городян, що звернулися, була вищою, ніж сільських жителів (відповідно 81,4 і 70,3%), що зумовлено як вищим рівнем економічного благополуччя міських жителів, так і кращою фізичною доступністю медичної допомоги в містах [7].

Введення нових умов господарювання з використанням принципів ринкової економіки, недостатній об'єм фінансування територіальних програм державних гарантій забезпечення населення медичною допомогою, введення платних медичних послуг, поява лікувально-профілактичних установ з різними організаційно-правовими нормами негативним чином відбилися на здоров'ї більшості соціальних груп населення, зокрема осіб, що працюють в умовах постійної дії небезпечних і шкідливих виробничих чинників і хворих професійними захворюваннями [8].

У зв'язку з переходом вітчизняної охорони здоров'я на принцип фінансування одного мешканця, медичне обслуговування працівників промислових підприємств сьогодні перекладено на загальну лікарняну мережу. Практично припинили свою роботу медико-санітарні частини, що обслуговували працівників зайнятих у шкідливих і небезпечних умовах виробництва. Відбулось скорочення посад цехових лікарів і середнього медичного персоналу, втрачаються спеціальні знання і професійні навички медичних працівників. Дільничний або сімейний лікар, на якого покладено медичне обслуговування працівників, не має відповідної підготовки з питань професійної патології і гігієни праці [9].

Серйозною залишається проблема якості проведення профілактичних медичних оглядів економічно активного населення. У кожного четвертого хворого хронічне профзахворювання діагностовано при зверненні за медичною допомогою. Зберігається висока частка хворих з профзахворюваннями, діагностованими на пізніх стадіях [8], що пов'язано, насамперед, зі скороченням на 60% медичних установ і на 25,0%

чисельності медичного персоналу, діяльність яких спрямовувалась на надання медичної допомоги даній верстві населення, значним зменшенням (майже на 70%) медичних ресурсів для відновлення та зміцнення здоров'я працівників [10, 11].

Спадкості між стаціонарами міських лікарень та амбулаторно-поліклінічними відділеннями, медико-санітарними частинами, санаторіями-профілакторіями, ЦПМСД здійснюється формально. Рекомендації лікарів стаціонарів виконуються лише в 25,0% випадків, в основному, з причини погано організованої співпраці між установами. Кількість випадків та тривалість загострень основної хвороби після виписки із стаціонару детерміновані частотою лікарських рекомендацій ($r_{xy} = -0,93$; $p < 0,05$) та повнотою проведення реабілітаційних заходів ($r_{xy} = -0,94$; $p < 0,05$) [12].

В умовах дефіциту ресурсів, скорочення використання безкоштовної медичної допомоги відбувається саме за рахунок осіб середнього працездатного віку (30–44 років). Представники цієї вікової групи частіше за інших вимушені неофіційно оплачувати лікувально-діагностичну допомогу – 24% проти 18,3% серед молоді ($t > 2$) і 19,7% серед осіб передпенсійного віку, сподіваючись отримати більш якісні медичні послуги. За даними ряду авторів, саме самотні працездатні респонденти вдаються до оплати медичних послуг частіше, ніж респонденти з інших демографічних груп [13].

Очевидно, що ризик смерті від запобіжних причин, особливо у хворих працездатного віку, безпосередньо пов'язано з доступністю й адекватністю медичної допомоги, в першу чергу її первинної ланки та застосуванні високих технологій у її наданні [14].

Слід зазначити, що на сьогоднішній день мають місце досить відчутні руйнації сформованої і виправданої роками первинної медичної допомоги з профілактикою захворювань, що призвели до негативних тенденцій у стані здоров'я людей, насамперед продуктивної частки населення всіх регіонів країни, особливо жителів сільської місцевості [10].

Система надання медичної допомоги сільському населенню виявилася непередбаченою до соціально-економічних змін, що відбулися. За останнє десятиріччя на 1/3 скоротилася мережа дільничних лікарень, в яких сільське населення, як перший етап, отримувало загальнолікарняну допомогу. Цей процес не компенсувався достат-

ньо мірою відповідним розвитком різних форм позалікарняної допомоги. До теперішнього часу залишається немало закладів охорони здоров'я, не укомплектованих лікарськими кадрами, що призводить до зниження рівня доступності лікарської допомоги для сільського населення [15].

У сільській місцевості реєструється надсмертність чоловіків працездатного віку, причинами якої є відсутність робочих місць на селі, незайнятість, пияцтво, алкоголізм. Значна частка сільського населення проживає в умовах нерозвинених транспортних комунікацій, у відсутності сучасних засобів зв'язку, що багато в чому пояснює низький рівень звернень до лікувально-профілактичних установ. Звертання жителів села до установ охорони здоров'я в 2,5 рази нижче, ніж городян. Результати багатьох досліджень свідчать про низький рівень здоров'я сільського населення в цілому. При цьому воно істотно гірше за здоров'я міських жителів і має стійку тенденцію до погіршення, що виявляється зростанням загальної захворюваності [15].

Виявлено, що 13,9% населення працездатного віку сільської місцевості потребували медико-соціальної допомоги і соціальної підтримки, а саме на фінансову допомогу і лікарське забезпечення вказали більшість опитаних цього (80,9%) віку, що вказує на незадовільне вирішення вказаних питань. У цілому рівень потреби в медико-соціальному обслуговуванні складає 7 на 100 опитаних працездатного віку, зокрема 3 на 1000 опитаних потребували житла в установі соціального типу [15].

У таких умовах стає особливо актуальною розробка обґрунтованої, відповідальної політики в галузях охорони здоров'я, соціального забезпечення, охорони праці щодо працюючої когорти, ключовим елементом якої є адекватне сучасним умовам формування концептуальних підходів до системи профілактики захворювань, травматизму та інвалідності [10] з урахуванням ступеня шкідливості виробничих чинників на основі сучасних уявлень теорії ризиків. Доцільними стають розробка ефективних шляхів удосконалення умов праці, методичних основ проведення медичних оглядів та використання інших сучасних системоутворюючих профілактичних заходів, як сукупності взаємопов'язаних послідовних методів та дій, спрямованих на отримання найбільш ефективних процесів та результатів з метою збереження та зміцнення здоров'я працівників.

Література

1. Басанець А. В. Проблеми професійної патології та шляхи їх вирішення на сучасному етапі / А. В. Басанець, І. П. Лубянова // Український журнал з проблем медицини праці. – 2009. – № 1. – С. 3–12.
2. Кундієв Ю. І. Порівняльна характеристика стану професійної захворюваності в Україні і світі / Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна, Л. О. Добровольський // Український журнал з проблем медицини праці. – 2009. – № 2. – С. 3–11.
3. Медведовська Н. В. Сучасний стан здоров'я населення працездатного віку в Україні / Н. В. Медведовська // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2. – С. 24–33.
4. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1. – С. 5–14.
5. Орлова Н. М. До проблеми забезпечення доступності медичної допомоги / Н. М. Орлова, Корецький В. Л. // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 4. – С. 60–64.
6. Лехан В. М. Характеристика якості медичного обслуговування хворих у період до встановлення інвалідності [Текст] / В. М. Лехан, А. В. Іпатов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 65–70.
7. Лехан В. М. Нерівність у доступності медичної допомоги для населення України / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 1–2. – С. 148–152.
8. Петручук О. Е. Структура професійної захворюваності економічно активного населення г. Казані і організація контролю за проведенням превентивних і періодичних медичних оглядів / О. Е. Петручук, Р. І. Аляветдинов, В. М. Подольський // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2004. – № 6. – С. 10–17.
9. Кречотень О. М. Інтегрована профілактика на всіх рівнях – основна мета попередження інвалідності працівників / О. М. Кречотень // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2010. – № 3–4. – С. 24–27.
10. Тітов Г. І. Наукове обґрунтування оптимізації системи профілактики інвалідизуючих захворювань у військовослужбовців Служби безпеки України [Текст]: автореферат дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 – соціальна медицина / Г. І. Тітов; НМА післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – Київ, 2008. – 20 с.
11. Лучкина В. В. Медико-социальное состояние лиц трудоспособного возраста, имеющих хронические заболевания, и совершенствование системы их реабилитации (на примере Читинской обл.): диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.33 / Лучкина Виктория Владимировна; [Место защиты: ГОУВПО «Красноярская государственная медицинская академия»]. – Красноярск, 2009. – 131 с.
12. Кречотень О. М. Медико-соціальні проблеми економічно активного населення України / О. М. Кречотень // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2010. – № 4. – С. 64–66.
13. Игнатовский А. Экспертиза качества медицинской помощи [Текст] / А. Игнатовский, Е. Соколовский // Врач. – 2010. – № 7. – С. 79–80.
14. Овчаров В. К. Количественная оценка влияния амбулаторно-поликлинической службы на уровень смертности // В. К. Овчаров, Е. П. Какорина, А. Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 5. – С. 6–10.
15. Паскаль А. В. Инновационные подходы к проблеме формирования системы медико-социальной помощи жителям села / А. В. Паскаль // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 5. – С. 38–40.

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАБОТАЮЩИХ

Кречотень Е. Н.

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

В статье обсуждаются проблемы медицинского обеспечения работников, которые возникли с переходом системы здравоохранения в условия рыночной экономики, что негативно повлияло на состояние здоровья работающего населения.

Ключевые слова: медицинское обеспечение, работники, система здравоохранения.

REFORMATION OF PUBLIC HEALTH AND ITS CONSEQUENCES IN THE MEDICAL PROVIDING OF THE WORKERS

Krekoten O. M.

Pirogov Vinnytsya National Medical University

The article analyses the problems of the medical providing of the workers. Changing of Public Health to the terms of market economy was the cause these problems. It's negatively influenced on the health of the worker population.

Keywords: medical providing, workers, Public Health.