

О.М. ГОЛЯЧЕНКО, А.Г. ШУЛЬГАЙ, Н.Я. ПАНЧИШИН, В.Л. СМІРНОВА (Тернопіль)

## КОНЦЕПЦІЯ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У КАРПАТСЬКОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Концепція регіонального розвитку здравоохранення, окрім загальних, має і регіональні особливості. Зокрема людність Карпатського регіону України відзначається найліпшим здоров'ям, що обумовлено історичними, релігійними та деякими іншими причинами. Водночас концепція розвитку має відображати загальні риси розвитку здравоохранення краю – це різке (мінімум втричі) підвищення фінансування, ліквідація спотвореної системи поєднання державної і приватної форм власності в медицині та впровадження сучасних методів управління, які полягають у значно більшій питомій вазі місцевого самоуправління та зміні пріоритетів в органах місцевого самоуправління із чиновників, що контролюють служби охорони здоров'я, на економістів, соціальних медиків та медичних статистів.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** медична допомога, здоров'я населення, реформування охорони здоров'я.

Власний історичний шлях розвитку та досвід передових країн Заходу свідчать, що основний обсяг медичної допомоги людності має забезпечуватись державою. У кожній країні світу, окрім США, частка держави у витратах на медичну допомогу є не нижчою за 75% [16;17].

Визначальна роль держави зумовлена двома основними причинами: по-перше, система медичної допомоги є одним з вирішальних чинників, за допомогою яких держава послаблює недоліки ринку, а саме – неконкурентоздатність бідних прошарків суспільства, а також пенсіонерів і інвалідів, саме тих, що найчастіше хворіють і вмирають. По-друге, на відміну від динаміки цін на переважну більшість товарів, що має тенденцію до зниження, ціни на медичну допомогу неухильно зростають. Лише державне регулювання здатне пом'якшити негативні результати цієї тенденції.

Водночас для позбавлення держави монопольного володіння медичною допомогою в ній мають отримати розвиток громадська і приватна форми власності, яким повинні бути надані не лише рівні права з державою, але й попервах – пільги, інакше вони не отримають розвитку і не стануть конкурентом державній системі. Різні форми власності мають бути незалежними одна від одної. На цьому слід особливо наголосити, оскільки спостерігаються спроби поєднати під дахом державних медичних закладів різні форми власності. Це є не що інше, як намагання зберегти збанкрутілу систему.

Звісно, зусилля державних, громадських і приватних медичних закладів мають узгоджуватись між собою і спрямовуватись на досягнення

спільної мети – покращання здоров'я населення, але це узгодження має забезпечуватись на державному рівні і регулюватись відповідним законодавством [7;14].

Система медичної допомоги має бути економічно і соціально ефективною. Не тільки брак коштів, але й економічна неефективність стали причиною нинішнього занепаду, вибратись з якого без опори на економічні закони неможливо. Радянська система не визнавала вартості медичної допомоги, а тому кошти на неї виділялись не з об'єктивних економічних міркувань, а з добрих намірів.

Мірою економічної рентабельності державних закладів є досягнення найвищої ефективності за найменших витрат, а громадських і приватних закладів – досягнення максимального прибутку, який, однак, має обмежуватись державою і регулюватись відповідним законодавством.

**Мета дослідження:** розробити концепцію регіонального розвитку здравоохранення, яка б відповідала сучасним вимогам.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано весь матеріал стосовно діяльності медичних закладів України за 22 роки незалежності й зроблена спроба спрогнозувати її подальший розвиток.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Для досягнення економічної ефективності в державному секторі медичної допомоги слід здійснити такі основні заходи: організаційну перебудову усіх рівнів медичної допомоги; впровадження науково обґрунтованих стандартів обсягу і вартості медичної допомоги на кожному з рівнів; вільний вибір лікаря; впровадження економічних стимулів праці медичного персоналу.

### 1. Основні засади організації медичної допомоги

Соціальна ефективність медичної допомоги – це її рівність для різних прошарків суспільства. Потрібно забезпечити однакову вартість і якість медичної допомоги для бідних і багатих, не забуваючи, що нездоров'я суспільства визначається, передусім, його бідною частиною.

Має бути збережена профілактична спрямованість системи медичної допомоги, але суттєво скоригована, передусім щодо діяльності медичних закладів.

Перший напрям профілактики – це покращення соціально-економічних умов життя людей, другий – охорона довкілля, забезпечення гігієнічних умов праці і побуту.

Суттєвої корекції потребує профілактична спрямованість лікувальної роботи, або диспансеризація. В її основу має бути покладено попит людності на медичну допомогу. Профілактичні огляди повинні здійснюватись в процесі звертальності громадян за медичною допомогою і за їхньою згодою. Основний їх обсяг і динамічне спостереження за хворими мають забезпечуватись лікарями загальної практики або сімейними лікарями. Активні форми диспансеризації застосовуються лише з метою попередження і виявлення інфекційних, венеричних захворювань, захворювань на СНІД і туберкульоз, а також по відношенню до певних професійних груп.

Таким чином, система медичної допомоги повинна спиратись на такі основні теоретичні засади:

- державний характер з рівноправним існуванням громадської та приватної форм власності;
- економічну та соціальну ефективність;
- профілактичну спрямованість;
- наукове забезпечення;
- запозичення прийнятих досягнень світової теорії і практики організації медичної допомоги та управління нею.

### 2. Стан здоров'я населення

Стан здоров'я населення України є вкрай незадовільним. За 22 роки незалежності вимерло понад 6 млн 200 тис. жителів, що склало 12%, або кожен 8 мешканець. Але люди вмирили дуже нерівномірно. Найінтенсивніше вмирили мешканці Чернігівської області (21,9%), найменш інтенсивно – Закарпатської (1,6%).

Отже, здоров'я жителів Карпатського регіону було найліпшим. Від чого це залежало? Від багатьох чинників. Існує сильний кореляційний зв'язок між вмиранням людей і такими чинниками, як смерть від гострого отруєння алкоголем, числом розлучень і абортів. Загалом від гострого отруєння алкоголем на Сході вмирає втричі більше людей, ніж на Заході, розлучення в Луганській області зустрічаються у 2,5 рази часті-

ше порівняно із Закарпатською, частота абортів у Запорізькій області вчетверо вища порівняно з Тернопільською. Значно слабше впливає на смертність стан медичної допомоги. Забезпеченість лікарями, яка є суттєво вищою на Заході порівняно зі Сходом, позитивно впливає на смертність людей. До 2020 р. в Україні вимре ще 2 млн мешканців, однак у Карпатському регіоні вмирання припиниться і буде забезпечено невеликий приріст населення [2;4;19].

### 3. Перебудова організаційної структури системи медичної допомоги

Передусім це стосується первинного рівня або фундаменту системи медичної допомоги. Фактично у нинішній системі цей фундамент відсутній. Його уособлює дільнична служба, але вона самостійного статусу не має, а є «гвинтиком» вторинного рівня і до того ж розпорошена на декілька фахівців (дільничний педіатр, підлітковий лікар, дільничний терапевт, цеховий терапевт тощо). Питома частка первинної медичної допомоги у загальному обсязі становить від 5% до 20%, дільничний лікар перетворився в диспетчера, що розподіляє пацієнтів по кабінетах так званих «вузьких» фахівців.

Первинний рівень має уособлювати лікар загальної практики або сімейний лікар, він мусить вирішувати 90% усіх проблем медичного забезпечення людності [1;5]. Для цього він повинен бути належно підготовленим та технічно оснащеним, мати відповідне приміщення для роботи, юридичну і фінансову самостійність. Цей лікар має вільно обиратися пацієнтами. Розрахунки показують, що число пацієнтів у одного лікаря загальної практики або сімейного лікаря може коливатись від 1,2 до 2 тис. мешканців. Якщо пацієнтів менше 1,2 тис., на посаду оголошується конкурс. Заробітна платня залежить від числа пацієнтів. Йому повинно бути надано право наймати помічників, число яких також впливає на його заробітну платню [11;14].

#### 3.1. Профілактика в роботі сімейного лікаря

Основною причиною смерті у розвинутих країнах світу є хвороби системи кровообігу (ХСК).

Якщо порівнювати частоту смертності від хвороб системи кровообігу в Україні і в розвинутих країнах, то в Україні вона у 2–3 рази вища. Особливо вражаючим є зіставлення смертності осіб працездатного віку у нас і в розвинутих країнах: у нас смертність в 4–6 разів вища.

Ще більш важливим є порівняння тенденцій або динаміки смертності від хвороб системи кровообігу. В США, починаючи з 1950 р. і дотепер, смертність від хвороб системи кровообігу зменшилась на 60%, і це зниження склало 73% загального зниження коефіцієнта смертності.

В Україні, починаючи із середини 60-х років минулого сторіччя, смертність людей невпинно

зростає, і основну роль в цьому відіграють хвороби системи кровообігу. Тільки з 1990 до 2004 р. смертність від хвороб системи кровообігу зросла з 641,5 до 991,4 випадку на 100 тис. осіб, або на 54,5% [15].

В основі патогенезу хвороб системи кровообігу лежить концепція факторів ризику цієї патології. Під факторами ризику розуміють усі ознаки, властивості, особливості, що знаходять у здорових осіб, які незалежно пов'язані із наступним розвитком серцево-судинних захворювань. Фактори ризику серцево-судинних хвороб поділяють на декілька груп: особистісні, які не підлягають модифікації (вік, стать, родинний анамнез); біохімічні та фізіологічні (гіпертензія, дисліпідемія, порушення толерантності до глюкози, діабет, ожиріння); т.зв. нові або прогностичні (гіпертрофія лівого шлуночка, гіпергомоцистеїнемія, надлишковий вміст ліпопротеїну (а), гіпертригліцеридемія, підвищений рівень фібриногену та інших тромбогенних факторів, оксидативний стрес, інфекції, запальний процес, атеросклероз) і соціальні (вади харчування, паління, надмірне споживання алкоголю, низька фізична активність тощо). Визнається, що соціальні фактори є провідними.

Попри величезну складність, проблема профілактики і лікування серцево-судинних захворювань, а відтак перелом тенденції зростання смертності української людності на її зниження, можливий. Для цього треба перейти від прийняття загальних декларативних програм до конкретних, цілеспрямованих дій.

Має бути налагоджено постійний контроль за артеріальним тиском дітей, школярів, молоді, що навчається в школах, профтехучилищах і вищих навчальних закладах. У класних журналах учнів, починаючи з першого класу, має бути виділена «сторінка здоров'я», куди вносяться дані про артеріальний тиск учнів. Постійний контроль за артеріальним тиском супроводжується пропагандою здорового способу життя (здоровим бути модно і престижно), виробленням своєрідного умовного рефлексу на потребу постійного вимірювання артеріального тиску протягом усього життя [3;6].

Зарплата лікаря має залежати від числа пацієнтів, що не прикріплені, а вільно його обирають, і не обмежуватись бюрократичними «потолками». На рівень зарплати сімейного лікаря має також впливати число викликів швидкої медичної допомоги його пацієнтами: чим воно менше, тим більшою має бути зарплата і навпаки.

Хворі на гіпертонічну хворобу, за аналогією із хворими на цукровий діабет, туберкульоз тощо, мають забезпечуватись безкоштовним медикаментозним лікуванням. Адже шкода, яка завдається артеріальною гіпертензією, в десятки

разів більша. Причому не варто обмежувати цю допомогу соціальними коефіцієнтами. Олігархи і особи, що до них наближаються, ймовірно, не підуть за безкоштовними пігулками, а люди бідні і із середнім достатком – підуть.

### *3.2. Матеріально-технічний стан сімейної лікарської амбулаторії*

Чим має бути забезпечена лікарська амбулаторія, щоб надати 90% усього обсягу медичної допомоги? Передусім її уособленням має стати належним чином підготовлений висококваліфікований лікар. У своєму розпорядженні повинен мати R- і УЗД-апарати (у містах можуть обслуговувати декілька сімейних лікарських амбулаторій), електрокардіограф, апарат для вимірювання тиску, клінічну лабораторію, набір хірургічних інструментів для амбулаторних хірургічних операцій, фізіотерапевтичний кабінет (на дрібних речах не зупиняємось). На озброєнні сімейного лікаря має бути персональний комп'ютер, куди внесені дані про соціальний, медичний і фармацевтичний статус кожного мешканця дільниці, а також скринінгові програми для виокремлення з-поміж пацієнтів груп ризику найважливіших захворювань – гіпертонічної хвороби, злоякісних новоутворень, хронічних неспецифічних захворювань легень, цукрового діабету, вразливої хвороби – і статистичні програми для підведення підсумків роботи. Сімейна лікарська амбулаторія повинна мати самостійний адміністративний, юридичний і фінансовий статус; матеріальне забезпечення лікаря повинне залежати від числа пацієнтів, що його обрали, і результатів роботи; лікар мусить працювати у цілодобовому режимі у тому сенсі, що його пацієнт, у разі потреби, може викликати лікаря і вночі для надання невідкладної допомоги.

### *3.3. Медична реабілітація на рівні первинної медичної допомоги*

Лікар загальної практики має відігравати вирішальну роль в організації і проведенні відновлювального лікування своїх пацієнтів.

На первинному рівні можуть бути втілені усі основні засади медичної реабілітації. Такі засади, як ранній початок реабілітаційних заходів та їх наступність, вирішальною мірою залежать саме від лікаря загальної практики – сімейного лікаря.

Сімейна лікарська амбулаторія повинна мати необхідні діагностичні і лікувальні засоби для встановлення індивідуальної програми реабілітації. Фізіотерапевтичний кабінет повинен бути обладнаний п'ятьма–шістьма фізіотерапевтичними апаратами: для УВЧ-терапії, електрофорезу, електролікування, ультрафіолетового опромінення, світлолікування, магнітотерапії.

Реабілітаційні заходи здійснюються в умовах денного стаціонару, який організовується при амбулаторії.

Комплексна програма реабілітації повинна віддавати безумовний пріоритет немедикаментозним і фізкультурно-оздоровчим заходам реабілітації порівняно з медикаментозними, зокрема бальнеотерапії (ванни з відварами та екстрактами лікувальних рослин, розчинами різних солей), голкорексфлексотерапії. Сімейні лікарі як обов'язкові включають в індивідуальну програму реабілітації рекомендації щодо здорового способу життя, дієтичного харчування, застосовують арсенал психотерапевтичних заходів.

#### 4. Реформування стаціонарів

Слід поступово модернізувати наші стаціонари. Приміщень стаціонарів у нас достатньо, але саме через них нашу країну не приймуть до Євросоюзу. Бо там заборонені лікарняні палати, які мають більше 2 ліжок. Одночасно зі створенням людських умов в палатах треба переоснастити наші стаціонари сучасною медичною технікою, щоб хворі там одужували не через 12 днів в середньому, а через 6, і оперувались не лише з приводу хвороб вуха, носа, гортані і черевної порожнини, але й, передусім, на серці і судинах. Зменшення термінів лікування дозволить скоротити число ліжок [8;10].

#### 5. Економічні проблеми реформи

Сучасні дослідники виокремлюють 4 моделі системи охорони здоров'я в світі: приватновласницьку (діє за ринковим принципом попиту і пропозицій), Бісмарка (пропозиція регулюється державою шляхом обмеження витрат на лікування), Беверіджа (і попит, і пропозиція регулюються державою шляхом економічних механізмів), Семашка, або радянську (увесь процес організації і оплати медичної допомоги жорстко регламентується державою).

Помилково стверджується, що в самостійній Україні збереглась і досі діє модель Семашка. Принциповою особливістю цієї моделі було державне фінансування. У самостійній Україні формально воно збереглося (ст. 49 Конституції України), але фактично під дахом державних медичних закладів розвинулась потужна приватна практика, утворився дивовижний, не бачений досі в історії і не описаний в економічній теорії, симбіоз державної і приватної медицини.

Кажуть, держава бідна, і виділяти більше 3% ВВП на охорону здоров'я не в змозі. Виникає закономірне питання, чому за соціалістичного ладу, коли власність була державною, і за умов ліберального ринку, коли 85% її перейшло в приватні руки, на охорону здоров'я коштів як не було, так і немає. За поглибленого вивчення цього питання з'ясовується, що і за соціалізму, і за його антиподу – ліберального ринку, в Україні збереглась одна і та ж економічна парадигма: працівнику, який виробляє ВВП, як заробітну плату раніше давали його п'яту частину, тепер – десяту.

*Працівник був і залишився найдешевшим елементом виробництва, вкладати кошти в його оздоровлення є економічно не вигідним.*

Витрати на медицину обумовлені:

- наявною захворюваністю людинності і потребою здійснення відповідних діагностичних, лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів;
- розміром валового внутрішнього продукту (ВВП) країни і його часткою, що виділяється на медичну допомогу;
- заробітною платнею медичних працівників і її часткою по відношенню до усіх витрат на медичну допомогу.

Саме ці критерії мають бути використані для розрахунку необхідних матеріально-кадрових ресурсів системі медичної допомоги.

Українська соціально-медична наука дала достатньо даних для оцінки захворюваності людинності України. У процесі звертальності і профілактичних оглядів на кожну 1000 мешканців щорічно реєструється до 2000 захворювань.

В радянських умовах на медичну допомогу ніколи не витрачалось 6,5% ВВП. Цей рівень ВООЗ вважає нижньою межею, за якою система перестає бути життєздатною. В сучасних умовах Україна витрачає на медичну допомогу 2–3% ВВП. *Без збільшення мінімум втричі коштів на охорону здоров'я розмови про її реформування є недоречними.*

Наступним важливим моментом є заробітна платня працівників, зайнятих у системі. Заробітна платня повинна становити не більше 15–20% загальних витрат на медичну допомогу. Тоді хворого буде не лише кому, але й чим лікувати. Сьогодні структура витрат на медичну допомогу спотворена: дві третини усіх витрат займає заробітна платня (до того ж вкрай низька) і витрати на енергоносії.

Потребує науково обґрунтованих розрахунків потреба в медичних кадрах і їхнє співвідношення до інших факторів медичної допомоги, які може і повинна утримувати держава.

#### 6. Система фінансування медичної допомоги

З 1989 р. в Україні йдуть розмови про впровадження медичного страхування. Уже 24 роки. Подано велику кількість законопроектів до Верховної Ради, декотрі з них пройшли навіть друге читання, але так і не введені в дію. Чому спостерігається така, на перший погляд, незрозуміла тяганина з прийняттям цього закону? По суті, це єдиний закон, який протягом усього періоду незалежності обговорюється у Верховній Раді.

Які переваги тягне за собою введення цього закону? По-перше, його адресність, тобто фінансування медичних заходів не загалом, а спрямованих на конкретного жителя. Це виявляє свої переваги перед бюджетним фінансуванням: за-



безпечуються більш вагомі позиції охорони здоров'я у системі суспільних інтересів, переважно децентралізований характер фінансування тощо.

Медичне страхування забезпечує більш незалежний, ефективний контроль за діяльністю медичних закладів, оскільки між ним – виробником медичних послуг і пацієнтом – його споживачем існує проміжна ланка – незалежна страхова компанія. Весь обсяг медичної допомоги, зазвичай, поділяється на дві частини: гарантований мінімум і додаткові послуги.

Вартість страхування невпинно зростає, тому в переважній більшості країн страхові компанії діють як некомерційний орган.

Страхові компанії укладають договір між медичними закладами і пацієнтом.

Правда, медичне страхування вимагає додаткових ресурсів: воно в цілому на 20% дорожче бюджетного фінансування. Саме тому воно характерне для більш заможних країн порівняно з біднішими.

Перше і визначальне питання: хто дає гроші на медичне страхування. Зазвичай склалася система, в якій витрати держави складають не менше 75% (виняток становлять США, де витрати держави складають 50% і до того ж страхування побудоване на комерційній засаді). Другим джерелом фінансування є кошти роботодавців, які складають 20–25%. Залишок – 10–15% – припадає на приватні кошти громадян [16;17].

У західних країнах існує правило, що медичне страхування є не додатковим джерелом, а іншим механізмом фінансування. У нас протягом 24 років наголошується, що медичне страхування дасть додаткові кошти на медицину. Треба розібратись у цьому визначальному питанні. По-перше, скільки коштів має виділяти держава на медичне страхування. Держава має страхувати пенсіонерів (їх у нас майже 14 млн), дітей (їх у нас 12 млн) та інвалідів (майже 3 млн). 14+12+3 складає 29 млн, по відношенню до 46 млн це становить 29:46=63% всього населення. Ці 63% дають до 90% усієї патології людності. До речі, ця патологія, або захворюваність, зростає на 3–4% на рік протягом останніх 20 років. Таким чином, держава повинна виділяти до 90% усіх коштів на медичну допомогу, у даному випадку не шляхом бюджетного фінансування, а медичного страхування. Як показує досвід, держава досі виділяла 30–40% необхідних коштів.

Медичне страхування дало б додаткові кошти, якщо держава ні на йоту не зменшить своє фінансування (тут немає ніяких гарантій), а до нього додадуться кошти на медичне страхування з боку працедавців і кошти громадян. Причому цих коштів повинно бути значно більше у відносному обчисленні, оскільки держава дає не мінімум 75%, а максимум 40%. Порахуємо,

скільки коштів на це повинні давати роботодавці і громадяни. Орієнтовно 60%. Враховуючи, що держава на охорону здоров'я виділяє нині 40 млрд грн, це становить приблизно 60 млрд. У класичних країнах (Німеччина, Франція) кошти на медичне страхування беруться із заробітної платні громадян.

Для охорони здоров'я це має виключне значення, бо в такому випадку зростає ціна робочої сили. Це створює об'єктивні економічні передумови для поліпшення їх здоров'я. Працівник знає частину своєї заробітної платні, яка йде на охорону його здоров'я. Його участь у страхуванні є осмисленою і зацікавленою; йому вигідно не хворіти, бо невитрачені т.з. добровільні страхові кошти в значній мірі повертаються до нього у формі різних пільг, зокрема надбавки до пенсії тощо.

Порахуємо, яку частку заробітної платні мусять виділяти працедавці і громадяни на медицину. Враховуючи, що маємо 15 млн працівників, які в середньому в 2011 р. заробляли 2500 грн на місяць, це означає, що, як мінімум, 10% цих коштів (250 грн щомісяця) мало б іти на медицину (у Німеччині частка заробітної платні, що йде на медичне страхування, складає 14%). Виникає перше питання: чи згодні підприємці підняти заробітну платню на 250 грн або чи дадуть громадяни з власної кишені таку суму, або яке співвідношення затрат працедавців і громадян можна скласти. Виходячи із західного досвіду, це приблизно 150 припадає на працедавців і 100 на громадян. Ось перша причина, яка пояснює, чому в жодному проекті медичного страхування заробітна платня не розглядалась як джерело доходу.

Існує другий вид доходу – з податку на доходи підприємства. Одного разу Верховна Рада забалотувала подібний закон, в якому було передбачено 6% з доходу підприємств витратити на медичне страхування. Оскільки більше 300 депутатів є підприємцями, вони не захотіли покласти на себе подібний податок. Тому шукаються інші джерела, щоб не накладати їх на фонд оплати праці. І таке джерело знайдено – це кошти місцевого бюджету. Оскільки охорона здоров'я фінансується в основному за рахунок місцевого бюджету, то і витрати на медичне страхування беруться із цього джерела. У такому випадку основна перевага медичного страхування – його адресність – втрачає свій смисл.

Тепер подивимось, як в такому випадку буде виконуватись друга функція страхової медицини – контрольна. Річ у тім, що в США щороку суди розглядають сотні тисяч скарг на медичне обслуговування. Ми про це забуваємо, гадаючи, що справа буде рухатись, як і далі, без усіляких наслідків. Щороку передбачається приймати перелік медичних послуг, що надаються особам, застрахованим за загальнообов'язковим держав-

ним соціальним медичним страхуванням окремим законам, що приймаються щорічно до прийняття закону про державний бюджет України та закону про визначення розміру страхових внесків на загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування. У нас сьогодні за рахунок бюджету оплачується тільки заробітна платня медиків та комунальні послуги. Все інше, передусім медикаментозне лікування і методи обстеження, оплачуються за рахунок пацієнтів. То що робити зі стандартами медичних послуг? Якщо включити в стандарти медичного страхування методи обстеження і медикаментозне лікування і вписати це в договір, тоді кожна медична послуга буде предметом судових розбірок. Правда, це буде тоді, коли страхові товариства будуть незалежні від органів медичної влади, якщо ж ці фонди будуть при обласних управліннях охорони здоров'я (а як інакше може бути при фінансуванні з місцевого бюджету?), то контролююча роль страхових компаній зводиться нанівець. З'являється лишень додатковий бюрократичний апарат у вигляді страхових товариств.

Про інші переваги медичного страхування говорити не варто. Рекомендуємо інший шлях реформування української охорони здоров'я. Він полягає ось у чому. В Україні проголошено рівноправне співіснування трьох форм власності – державної, громадської і приватної. За невеликими винятками це співіснування існує не горизонтально – існує державна і приватна медицина, а вертикально, коли одна частина медичних послуг, перш за все допомога медиків, є ніби державною, а обстеження і лікування хворих відбувається за приватний кошт. Результатом такого співіснування державної і приватної форм власності є те, що медична допомога для бідних прошарків суспільства є практично недоступною. Враховуючи величезну кількість лікарів (47 на 10000 населення), стає цілком можливим поділити їх на дві групи – тих, що працюють в державній системі і де допомога надається від початку до кінця за її кошт, і тих, хто працює у приватній медицині, де також допомога надається від початку до кінця за приватний кошт. Тут належить розв'язати велетенське коло проблем, насамперед розділити їх між собою і тоді з'явиться між ними конкуренція, яка є рушієм прогресу ринкової економіки, і виробити різні правила гри, які є принципово різними в цих закладах [7; 18].

#### *7. Реорганізація управління системою медичної допомоги*

В системі медичної допомоги існують три рівні управління: базовий (сільський район, місто), регіональний (область) і державний. Сьогодні усі вони не відповідають вимогам часу, оскільки не здатні забезпечити перехід медичної допомоги на ринкові засади [9; 19].

Провідну роль у структурі органів управління відіграють головні фахівці – терапевти, хірурги, педіатри, акушер-гінекологи, епідеміологи тощо. Це штатні фахівці. Є ще велика кількість позаштатних, у ролі яких виступають головні лікарі спеціалізованих диспансерів, завідувачі відділень обласних лікарень, фахівці науково-дослідних інститутів.

Ця система остаточно сформувалась у перші повоєнні роки. На чолі армії широкодоступних, але нашвидкоруч підготовлених, працівників було поставлено висококваліфікованих головних фахівців, які й спрямували їхню діяльність у певному напрямку. То є визначальна риса слабо-розвиненої системи медичної допомоги [12; 13].

Має відбутись зміна функцій управління. На базовому рівні повинна забезпечуватись передусім медична й економічна ефективність, на регіональному і державному – соціальна та економічна.

Основною функцією базового рівня є оперативне управління, регіонального – стратегічне.

На базовому рівні має бути налагоджена інформаційна система, що дає провідникам не лише дані про стан здоров'я людинності і діяльність медичних закладів, але й вартість медичної допомоги з виходом на конкретного лікаря і окреме захворювання.

Соціальна функція системи медичної допомоги полягає у проведенні заходів, які орієнтуються на здоров'я соціальних прошарків суспільства.

Належність людини до того чи іншого прошарку вирішальним чином зумовлює рівень та спосіб її життя. Благополуччя людини, у тому числі її здоров'я, насамперед залежить від того, якою мірою суспільство захищає інтереси її прошарку.

Медична допомога досі не виконує цю найважливішу функцію. Вона навіть не володіє інформацією стосовно соціальних відмінностей у стані здоров'я окремих прошарків суспільства.

Почати треба із створення інформаційної системи, яка б давала дані стосовно здоров'я людинності не загалом, а в розрізі соціальних прошарків. Очолити і скерувати цю роботу мають науково-інформаційні центри у складі обласних управлінь охорони здоров'я. На підставі інформації мають розроблятися і реалізовуватись цільові комплексні програми, спрямовані на поліпшення здоров'я тих соціальних прошарків людинності, де воно найгірше.

Переорієнтація функцій обласних та державних рівнів управління на забезпечення соціальної та економічної ефективності системи неможлива без радикальної структурної перебудови цих органів. Головні фахівці тут не потрібні. Основу цих органів мають скласти соціальні медики, медичні статистики, менеджери, економісти, юристи, фахівці з інформаційного забезпечення.

Реформа управління потребує і наявності керівника-управлінця якісно нового типу, який би

володів основами науки управління, її економічними методами і був здатний працювати в умовах ринку. Ним повинен стати менеджер охорони здоров'я (не обов'язково лікар) з управлінською, економічною і юридичною підготовкою, спроможний виконувати управлінські функції в умовах непередбачених ситуацій і конкуренції.

Розробка моделі такого спеціаліста потребує запозичення досвіду високорозвинених країн. Місцем його підготовки повинна стати школа менеджерів охорони здоров'я, яка б знаходилась в межах системи охорони здоров'я і виконувала соціальне замовлення на підготовку необхідного їй спеціаліста, її діяльність сприятиме поступовій у майбутньому заміні наявних організаторів охорони здоров'я на управлінців, які б за своїм рівнем наближались до світових зразків.

#### 8. Підходи до організації громадської і приватної медицини

Поза державною системою медичної допомоги, що відповідає сучасним вимогам і можливостям, залишається значна кількість медичних працівників і лікарняних ліжок. За рахунок цих ресурсів має бути створена громадська і приватна медицина в системі медичної допомоги. Це складне і нове завдання, яке за масштабами вирішення досі не мало прецедентів в історії вітчизняної медицини.

Послідовність вирішення цього завдання повинна бути такою:

1. Проведення акредитації і ліцензування медичних закладів.

2. Відбір частини, що залишається в державній власності.

3. Приватизація медичних закладів, які не отримали статус державних, через відкрите акціонування.

4. Впровадження механізму фінансування приватних і громадських закладів через добровільне медичне страхування або медичні банки.

Чинне законодавство про приватизацію, вільне підприємництво та податкову політику містить непереборні перешкоди для розвитку приватних і громадських форм власності у системі медичної допомоги, як альтернативних державній. Тому мають бути розроблені спеціальні закони з урахуванням особливостей медичного забезпечення громадян України.

#### Висновки

1. Система охорони здоров'я в Україні має поєднувати державну і приватну форми власності. На жаль, це поєднання досі містить спотворений характер, коли під дахом державних медичних закладів сховані приватні форми існування. Це є основною оригінальною причиною існування української медицини.

2. Прогнози відносно майбутнього фінансування української медицини мають включати страхове фінансування за умов неодмінного підняття рівня добробуту людності України. Які шляхи вирішення цієї проблеми, поки що не ясно.

3. В управлінні здоров'я на етапі її реформування має бути значно посилена роль органів місцевого самоврядування, як і відбутись кардинальні зміни у структурі управління всередині системи.

**Перспективи подальшого дослідження** полягають у впровадженні цієї концепції в практику і підбитті її проміжних і віддалених результатів.

#### Список літератури

1. *Вартанян Ф. Є.* Особливості підготовки лікарів загальної практики у європейських країнах / Ф. Є. Вартанян, С. В. Рожецька. // Упр. закл. охорони здоров'я. – 2012. – № 2. – С. 54–58.
2. *Голяченко О. М.* Актуальні проблеми здоров'я української людності / О. М. Голяченко, А. О. Голяченко, А. Г. Шульгай. – Тернопіль: Лілея, 2012. – 116 с.
3. *Голяченко О. М.* Мій рецепт виходу із кризи української охорони здоров'я / О. М. Голяченко // Нов. медицини и фармации. – 2010. – № 17(340). – С. 30–32.
4. *Голяченко О. М.* Українська здоров'яохорона: чутки про смерть не перебільшені / О. М. Голяченко. – Тернопіль: Лілея, 2008. – 84 с.
5. *Доцільність* реформування амбулаторно-поліклінічної системи та переходу до практики сімейного обслуговування населення / О. М. Гіріна, В. О. Сірик [та ін.] // Сімейна медицина. – 2010. – № 3. – С. 8–10.
6. *Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення* / за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 107 с.
7. *Концепція* реформування охорони здоров'я Тернопільської області. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2012. – 64 с.
8. *Кризина Н. П.* Стан та проблеми стаціонарної допомоги населенню в Україні та інших країнах світу / Н. П. Кризина, В. Г. Слабкий. // Матеріали наук. практ. конф. з міжнар. уч. [«Інновації в державному управлінні: системна інтеграція освіти, науки, практики»], (м. Київ, 27 трав. 2011 р.) : у 2 т. / за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, С. В. Загароднюка. – Т. 1. – К.: НАДУ, 2011. – С. 203–204.
9. *Медведовська Н. Б.* Сучасний стан та регіональні особливості кадрового забезпечення лікувальних закладів системи МОЗ України / Н. Б. Медведовська. // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 34–47.
10. *Організаційні основи* структурної перебудови вторинної медичної допомоги / Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, Н. П. Кризина, С. В. Збітнева // Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. – 2012. – № 1. – С. 254–255.

11. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. Н. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 5–19.
12. Панчишин Н. Я. Оцінка ефективності управління в системі охорони здоров'я / Н. Я. Панчишин, В. Л. Смирнова. / Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 3. – С. 57–59.
13. Підвищення професійного рівня керівників медичних закладів – підґрунтя реформування галузі / В. М. Лобас, О. Т. Дорохова, Н. М. Адоньєва [та ін.]. // Мед. освіта. – 2011. – № 3. – С. 99–101.
14. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>. – Назва з екрану.
15. Сокол К. М. Гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарда. Соціально-медичне дослідження / К. М. Сокол, А. Г. Шульгай. – Тернопіль : Лілея, 2011. – 160 с.
16. Таран В. В. Запровадження ринкових механізмів в системах фінансування охорони здоров'я деяких економічно розвинених країн / В. В. Таран. // Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. – 2011. – № 1. – С. 235–237.
17. Чуйко А. П. Регіональні особливості фінансування охорони здоров'я, показників забезпеченості медичною допомогою та стану здоров'я населення світу / А. П. Чуйко, Н. М. Захарова // Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. – 2011. – № 1. – С. 265–266.
18. Шевченко М. В. Основні напрямки реформування системи охорони здоров'я / М. В. Шевченко. // Баланс-бюджет. – 2011. – № 25 (332). – Спецвип. : Реформуванню медичної галузі – фінансове підґрунтя. – С. 29–31.
19. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік. / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 570 с.

### КОНЦЕПЦІЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КАРПАТСКОМ РЕГИОНЕ УКРАИНЫ

А.М. Голяченко, А.Г. Шульгай, Н.Я. Панчишин, В.Л. Смирнова (Тернополь)

Концепция регионального развития здравоохранения, кроме общих, имеет и региональные особенности. В частности, население Карпатского региона Украины отличается лучшим здоровьем, что обусловлено историческими, религиозными и некоторыми другими причинами. В то же время концепция развития должна отражать общие черты развития здравоохранения края – это резкое (минимум втрое) повышение финансирования, ликвидация искаженной системы сочетания государственной и частной форм собственности в медицине и внедрение современных методов управления, заключающихся в значительно большем удельном весе местного самоуправления и изменении приоритетов в органах местного самоуправления из чиновников, контролирующих службы здравоохранения, на экономистов, социальных медиков и медицинских статистов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: медицинская помощь, здоровье населения, реформирование здравоохранения.

### CONCEPT OF HEALTH CARE DEVELOPMENT IN THE CARPATHIAN REGION OF UKRAINE

О.М. Holyachenko, А.Г. Shulhay, N.Ya. Panchyshyn, V.L. Smirnova (Ternopil)

The concept regional development of health protection except common has regional peculiarities. In particular, the populace of Carpathian region of Ukraine are marked the best of health that is caused by historical, religious, and some other reasons. However, the concept of development should reflect the common features of this development of health protection region – it is a sharp (at least tripled) increasing of funding, eliminating of distorted combination system of public and private ownership in medicine and the introduction of modern methods of management, which are a much more proportion of local government and changing priorities in local government with officials who control the health protection for economists, social and medical doctors extras.

KEY WORDS: medical care, populations' health, health care reform.

Рукопис надійшов у редакцію 04.02.2013

Рецензент: к.мед.н., доц. Н.О. Теренда