

## Актуальні завдання у сфері охорони здоров'я

Н.Г. ГОЙДА, д. мед. н., професор

/Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ/

Українська система охорони здоров'я переживає нелегкі часи. Великою мірою це пов'язано зі складним перехідним періодом розвитку країни, під час якого загострюються проблеми кожної галузі. Відомо, що рівень здоров'я населення залежить від організації і надання медичної допомоги на 10–12%. Можливо, це не така й велика частка, але факт залишається фактом: за останні роки різко погіршився стан здоров'я громадян. Очікувана середня тривалість життя населення України становить 68,2 роки, що на 10 років нижче, ніж у країнах Євросоюзу, коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 рази вищий, ніж у «старих» країнах ЄС. Рівень передчасної смертності перевищує аналітичний показник у країнах ЄС втричі. Смертність від туберкульозу – вища в 20 разів. Така статистика переконливо свідчить: необхідність змін у системі охорони здоров'я в Україні є гостро актуальним завданням.

Склалася ситуація, за якої наявна система надання медичних послуг не влаштовує і суспільство в цілому, і медичних працівників зокрема. Адже заробітна плата в галузі (1642 грн) на третину нижча від середньої у сфері економіки (2280 грн). Крім того, невідповідність умов праці, застаріле медичне обладнання, подекуди – його зношеність сягає 80%. Незадовільні побутові умови, відсутність житла зводять нанівець мотивацію медиків до надання якісних послуг.

Нераціональна структура мережі медичних закладів та самих закладів, диспропорція в наданні медичної допомоги на первинному, вторинному і третинному рівнях, бюджетне фінансування, яке на сьогодні залежить не від обсягу і якості медичної допомоги, а від кількості ліжок, зміщує акценти з профілактики на лікування в стаціонарах. Крім того, у структурі видатків медичних закладів найбільшу питому вагу становить заробітна плата та нарахування на заробітну плату, комунальні послуги та інше, а на медичний технологічний процес, який власне і забезпечує якість, залишається мізерна частка. В багатьох стаціонарах пацієнтові дістається лише 1,65 грн на добу. Як бачимо, аргументів щодо необхідності реформування системи охорони здоров'я – більш ніж достатньо.

Що передбачає реформування? Перш за все – реорганізацію мережі медичних закладів; по-друге – зміну механізму фінансування самих закладів та зміну підходів до оплати праці медичних працівників. Крім цього, слід створити і впровадити систему управління якістю медичних послуг та зовнішнього контролю.

Одразу ж хочу зазначити, що реформування не передбачає закриття жодного медичного закладу, а лише зміну змісту його роботи, оптимізацію структури, зміну форми господарювання. Надання медичної допомоги на сьогодні здійснюється в закладах 3 рівнів. На первинному рівні вона здійснюється лікарськими амбулаторіями, амбулаторіями дільничних лікарень. В ході реформування, в першу чергу, зміни будуть здійснюватися і вже здійснюються в системі первинної медико-санітарної допомоги. Будуть створюватися центри первинної медико-санітарної допомоги. До їх складу входитимуть амбулаторії загальної практики/сімейної медицини, а в сільській місцевості – ще й фельдшерсько-акушерські пункти. Фінансування закладів здійснюватиметься з розрахунку на 1 жителя. Центр матиме санітарний автотранспорт. Сімейні лікарі можуть працювати одноосібно або в групі. І це не якась далека перспектива, а реальність, адже вже сьогодні в Україні діє понад 4 тисячі закладів і підрозділів сімейної медицини і працює понад 10 тисяч лікарів загальної практики/сімейної медицини.

Жодна лікарська амбулаторія не закрита, відбувається їх поступова реорганізація (в міру підготовки сімейних лікарів) в сімейні амбулаторії – заклади з більш досконалою організацією медичної допомоги. Крім того, такі заклади створюються і на базі фельдшерсько-акушерських пунктів, якщо кількість населення на території обслуговування перевищує 1000 жителів.

Основним принципом реформування вторинної медичної допомоги буде створення госпітальних округів, що виключить дублювання медичних послуг, забезпечить профільність медичних закладів, підвищуючи таким чином якість медичної допомоги. Це буде своєрідний єдиний медичний простір. Передбачувана кількість населення, що входить до госпітального округу, – 100–150 тисяч осіб. Якщо йдеться про сільські адміністративні райони, 2–3, а іноді і 4 адміністративні райони об'єднуються для надання медичної допомоги в один госпітальний округ.

У межах госпітального округу буде функціонувати багатофункціональна лікарня інтенсивного лікування з консультативною поліклінікою (для хворих із гострими станами), декілька лікарень планового лікування для хворих із хронічними захворюваннями, лікарні відповідного лікування – в першу чергу, для хворих, які перенесли інсульт, інфаркт, різні травми тощо. До складу медичних і медико-соціальних закладів госпітального округу входитимуть лікарні сестринського догляду, заклади медико-соціальної допомоги, хоспіси. Кількість перерахованих закладів залежатиме від ряду чинників, але насамперед – від реальної потреби у всіх видах медичної допомоги на певній території госпітального округу.

Зміна механізмів фінансування передбачає об'єднання фінансових ресурсів на надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні району або міста; вторинної та швидкої медичної допомоги – на обласному рівні; третинної (високоспеціалізованої) – на обласному та державному рівнях. Здійснюватиметься поступовий перехід від фінансування згідно з кошторисом, який затверджується для державних і комунальних установ, до закупівлі медичних послуг.

Обов'язково має відбутися перерозподіл фінансування на користь первинної медичної допомоги та профілактичних заходів. Значної уваги та фінансових ресурсів потребує саме профілактична медицина – адже економічні розрахунки показують, що хвороби значно дешевше попереджувати, ніж лікувати. Превентивний підхід, згідно з яким слід виявляти фактори ризику розвитку тих чи інших захворювань і своєчасно вживати заходів для їх попередження, має стати новою філософією охорони здоров'я. Профілактична медицина сьогодні вже стала пріоритетом політики в галузі охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу, і є всі підстави йти тим самим шляхом і в Україні.

Усі перелічені заходи неможливо реалізувати без зміни оплати праці лікарів та середнього медичного персоналу, яка буде тісно пов'язана з обсягами та якістю наданих медичних послуг. Буде створена також система зовнішнього контролю якості медичної допомоги через систему індикаторів та медичних стандартів, проведення акредитації закладів та ліцензування їх медичної діяльності.

Слід зазначити, що проблем і ризиків на шляху реформування – досить багато. Тому абсолютно правильним було рішення на рівні держави щодо відпрацювання всіх кроків реформ у пілотних (експериментальних) областях – Донецькій, Дніпропетровській та Вінницькій. Відтак, позитивні практичні результати впровадження змін у пілотних регіонах нададуть право поширити реформи на всю територію країни.