

УПЕРЕДЖЕННЯ РИЗИКІВ ТА ЗАГРОЗ СОЦІАЛЬНОЇ БЕЗПЕЦІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

PREVENTION RISKS AND THREATS TO THE SOCIAL SECURITY IN UKRAINIAN HEALTH CARE SYSTEM

Олександр КОРНІЙЧУК,
кандидат економічних наук,
Інститут демографії та соціальних досліджень
ім. М. В. Птухи НАН України, Київ



Oleksandr KORNIYCHUK,
PhD Economics,
Institute for Demography and Social Studies
named after M. V. Ptukha, NAS of Ukraine, Kyiv

Стан функціонування сфери охорони здоров'я України є ключовою складовою соціальної безпеки держави. Соціальна безпека у сфері охорони здоров'я – це ступінь захищеності інтересів людини в тому, що стосується забезпечення гарантованого надання якісної та доступної медичної допомоги всім громадянам України, що дозволяє запобігати передчасній смертності громадян. У передових країнах ЄС це досяга-

ється на базі пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейного лікаря і впровадження загальної та приватної страхової медицини.

Соціальну безпеку у сфері охорони здоров'я можна вважати підсистемою соціальної безпеки. Вона має базуватись на принципах:

- спроможності до конкурентоспроможного розвитку й прогресу кожного виду медичної допомоги на основі фінансово-економічної та інформаційної самодостатності;

- незалежності кожного виду медичної допомоги та підгалузей (фармакологія) і законодавчого визначення параметрів їх фінансування (зокрема, первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на рівні 35%);

- стабільності й стійкості кожного виду медичної допомоги на основі рівноправного розвитку всіх форм власності, в тому числі приватної, і стримування дестабілізуючих факторів, зокрема, таких, як високий відсоток неохопленості ПМСД (25%) населення за рахунок найбільш вразливих його верств.

Соціальна безпека у сфері охорони здоров'я має розглядатись на трьох рівнях:

- соціальна безпека у сфері охорони здоров'я на рівні безпосередньо громадян і домогосподарств (відповідальність, яка стосується найнижчої ланки управління – відділів охорони здоров'я районів та міст);

- соціальна безпека у сфері охорони здоров'я на рівні районів, маючи на увазі відповідальність закладів охорони здоров'я, відділів і управління охорони здоров'я, місцевої та обласної влади;

- соціальна безпека у сфері охорони здоров'я на рівні суспільства в цілому – сфера відповідальності Міністерства охорони здоров'я, Кабінету Міністрів України.

Важливим завданням є забезпечення гармонійності взаємодії цих рівнів.

В Україні склалася ситуація, коли МОЗ України значною мірою монополізувало фінансові потоки і управлінські рішення. При цьому базова ланка безпеки у сфері охорони здоров'я (ПМСД) залишається нерозвинутою та недофінансованою (на 26% від потрібних витрат).

Стан соціальної безпеки у сфері охорони здоров'я України визначається неспроможністю медичної галузі в сучасних умовах надавати якісну й доступну допомогу всім категоріям громадян України.

За даними Держстату України, 25% зі всього населення у зв'язку з фінансовою неспроможністю протягом року взагалі не звертаються за отриманням медичної допомоги. Насамперед це стосується 38% тих громадян, середньодушовий грошовий дохід яких нижчий прожиткового мінімуму [1, с. 82-85]. За оцінками Світового банку, 25% смертності можна запобігти, а 75% смертності чоловіків та 30% смертей жінок у працездатному віці можна не допустити при належному лікуванні [4, с. 9]. При цьому витрати на ліки домогосподарств становлять 99% від їх вартості. Водночас аналогічний показник у країнах ЄС коливається від 40 до 70% [2].

53% громадян України вважають себе бідними [3, с. 245]. Будь-яке звернення для отримання медико-санітарної допомоги, враховуючи неформальні платежі, може спричинити катастрофічний рівень витрат (40% і більше платоспроможності домашніх господарств). Це визначає край неадекватний у цілому стан безпеки країни у соціальній

Згідно з досвідом розвинених країн світу соціальна стабільність суспільства забезпечується на основі реалізації принципу «від соціальної безпеки громадян – до соціальної безпеки держави».

Актуальність дослідження упередження ризиків та загроз соціальній безпеці сфери охорони здоров'я України виходить із наявних оцінок, що тіньові платежі пацієнтів становлять близько 44% від загальних витрат на систему охорони здоров'я. В оплаті медикаментів на кошти громадян припадає 99%. Фінансування первинної медико-санітарної допомоги при потребі 35% від загальних витрат на охорону здоров'я становить 9,8%, тобто в 3,5 рази менша. Четверть пацієнтів не звертаються за отриманням медичної допомоги у зв'язку з фінансовою неспроможністю. Четверть смертей можна запобігти, а дві третини смертності чоловіків та третину смертей жінок у працездатному віці можна не допустити при належному наданні медичної допомоги. Наукових досліджень соціальної безпеки у сфері охорони здоров'я в Україні проводиться недостатньо.

У статті на засадах системного аналізу досліджено стан упередження ризиків і загроз соціальній безпеці сфери охорони здоров'я України, а також розкрито основні елементи її структури. Виявлено загрози й фактори, які блокують реалізацію завдань соціальної безпеки. Визначено соціально-економічні ризики для громадян і суспільства в цілому. Проаналізовано стан доступності й забезпеченості надання якісної медичної допомоги в містах і селах. Розроблено основні напрями забезпечення соціальної безпеки у сфері охорони здоров'я в контексті урядових заходів щодо запобігання й нейтралізації загроз у цій сфері.

The experience of developed countries shows that social stability of society is ensured on the basis of the principle of social security for the citizens to the state social security.

The relevance of the study of the prevention risks and threats to the social health care of Ukraine confirms the fact that the shadow payments patients make up 44% of total expenditure on health care. Citizens of Ukraine spend 2-3 times more money to buy drugs than in the EU. They finance 99% of the total cost of medicines. Financing primary health care for decades to 3.5 times less than the requirement (9.8% if necessary 35% from the total expenditure on health). Quarter of patients do not use medical care because of financial issues. Quarter of deaths is preventable; two-thirds deaths of working age males can be prevented with proper medical care. A scientific study of social security in the health sector in Ukraine which was carried out is not enough.

The article is based on a systematic analysis and investigates prevention risks and threats to the social health care of Ukraine and opens the main elements of its structure. Threats are detected as factors that prevent the realization of social security challenges, by economic and social risks for citizens and society as a whole. The availability and providing quality health care in urban and rural areas were analyzed. The basic directions of social security in the health sector and government measures to prevent and neutralize threats in this area were developed.

сфері, маючи на увазі забезпечення необхідного рівня санітарно-епідеміологічних послуг, які гарантують мінімальні ризики для життя і здоров'я громадян.

До основних загроз для соціальної безпеки у сфері охорони здоров'я, які блокують реалізацію завдань її розвитку, належать:

□ збереження монопольного становища у наданні всіх видів медичної допомоги державних і комунальних закладів (до 95%) на тлі нерозвиненості приватних форм власності (крім стоматології). Це частково пов'язано з відсутністю правових гарантій для підприємницької діяльності;

□ тонізація у сфері охорони здоров'я як наслідок її монополізації, коли 44% витрат на розвиток системи охорони здоров'я України становлять неформальні платежі населення [2];

□ відсутність на рівні лікарень та інших медичних установ дієвого організаційно-економічного механізму саморозвитку і впровадження інноваційних підходів. Це пов'язано із жорсткою регламентацією витратного кошторисного методу фінансування. Так, збільшення за останні 10 років фінансування системи охорони здоров'я в 6,5 рази не призвело до покращення здоров'я громадян [6; 7]. При цьому праця лікарів та медсестер, у т. ч. сімейної медицини, враховуючи реальне навантаження, недооплачується у 2-3 рази. Від загальної суми фінансування лікарень 79% спрямовується на підтримання інфраструктури, заробітну плату медичного персоналу й оплату комунальних платежів. Лише 19,3% – на прямі витрати на виробництво послуг [8];

□ інфраструктурна невідповідність надання медичної допомоги реальним потребам громадян [9, с. 138; 11];

□ низький виробничий потенціал фармацевтичної галузі, що призвело до 70-відсоткової залежності українських громадян від імпорту лікарських засобів [5, с. 55];

□ інституційна невідповідність інфраструктури системи охорони здоров'я європейським підходам щодо пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря. Частка фінансування ПМСД становить близько 9,8% [11] при оптимальній потребі 35%.

У зазначених умовах формується система соціально-економічних ризиків як для громадян, так і суспільства в цілому. До найважливіших із них належать:

□ значні втрати у виробництві ВВП у зв'язку з високою смертністю, у т. ч. в працездатному віці. Так, половині смертей осіб віком до 75 років можна було б запобігти за допомогою належної профілактики та лікування [4];

□ відсутність безпосереднього впливу системи охорони здоров'я на зменшення смертності громадян. Вплив системи охорони здоров'я на тривалість життя у країнах ЄС досягає 8%;

□ втрати від неефективної діяльності лікарів у зв'язку з високою вірогідністю отримання медичної допомоги від некваліфікованого медичного працівника. Виконання функцій лікарської посади становить 50%. Це означає, що половина цих посад для існуючої інфраструктури є фактично непотрібними [13, с. 44]; інвестиційні втрати пов'язані з неефективним вкладанням ресурсів у застарілу інфраструктуру. Фінансування сімейних лікарів дорівнює лише 1% від загальних витрат на систему охорони здоров'я при потребі на даний час не менш ніж 20-25%, у перспективі – 30-35% [12, с. 30];

□ значні втрати часу пацієнтів у зв'язку з необхідністю багаторазовості звернення (до 6 разів) громадянина до лікарів для отримання необхідної медичної допомоги;

□ нерівномірність фінансування систем охорони здоров'я регіонів України – до 40% [7];

□ у зв'язку з тінізацією суттєві матеріальні втрати домогосподарств пов'язані з неформальними відносинами лікаря і пацієнта;

□ корупційні схеми при фінансуванні галузі (до 25% видатків державного бюджету неможливо проконтролювати);

□ пострадянський досвід поведінки громадян – низький рівень медичної культури та опір змінам медичного персоналу.

Стан доступності та ступінь забезпеченості надання якісної медичної допомоги

Найбільш нерозвиненими в Україні є первинна медико-санітарна (ПМСД), паліативна і хоспісна види допомоги. Оцінюючи забезпеченість

послугами системи охорони здоров'я для громадян України, перш за все слід зазначити, що через жорстку централізовану вертикаль діючої системи охорони здоров'я не забезпечується належний рівень послуг ПМСД більш ніж половині громадян. У порівнянні з країнами ЄС кількість закладів ПМСД в Україні у 4 рази менша (відповідно 1,2 проти 4,9 на 10 тис. населення), а кількість лікарів менша на третину (відповідно 6,3 проти 9,4 на 10 тис. населення) [9].

Так, 630 лікарень, що становить 30% від загальної кількості (2250), мають ≤25 ліжок, ще понад 110 закладів – лише 26–60 ліжок [14].

При наданні спеціалізованої медичної допомоги проводиться необґрунтована госпіталізація в стаціонари (до 60% громадян від загальної кількості звернень) [14, с. 11-12].

Відсутні затверджені нормативи, які мали б передбачати: 35% фінансування ПМСД при 80% задоволенні потреб громадян у наданні медичної допомоги; 12% частки заробітної плати в загальній структурі витрат і 88% витрат на розвиток матеріально-технічної бази, ліків та інші потреби [13]; гарантований бюджетом обсяг медичної допомоги, в т. ч. для соціально незахищених громадян; порядок обчислення вартості медичної допомоги; вибіркове збирання й аналіз поширеності хвороб, які становлять менш ніж 5% частки серед різних вікових, професійних та соціальних груп населення. Обмеженою є **доступність** послуг системи охорони здоров'я для громадян України. Спеціалізована, в тому числі паліативна та хоспісна допомога, не доступна для основної маси пацієнтів (80%), які відносять себе до категорії бідних [15]. Кінцеві результати медичної допомоги, яка надається на цьому рівні, досить часто не задовольняють пацієнтів. Високоспеціалізована медична допомога та якісні ліки фактично недоступні для абсолютної більшості громадян. При цьому домогосподарства самі купують майже весь обсяг ліків [2].

Не діють такі встановлені нормативи, як: повне охоплення населення послугами ПМСД з відповідною оплатою лікарям за коефіцієнтом 1,3 при наданні послуг дітям та пенсіонерам; обов'язковість звернень пацієнта до сімейного лікаря (лікаря ПМСД) перед його направленням на спеціалізований рівень; лікування за діагностично-спорідненими групами та за реальними витратами при наданні конкретного виду високоспеціалізованої допомоги.

Соціально-економічним наслідком незадовільної діяльності закладів охорони здоров'я для пацієнтів є насамперед щорічне зростання рівня захворюваності на 3-4% (за 18 років з 1991-2009 – у 1,7 рази) [13, с. 30]. Це стосується як рівня первинної захворюваності (за 5 років – із 70 605,4 у 2007 році до 71 013,7 на 100 тис. населення у 2011), так і поширеності захворювань (зі 178 773,4 у 2007 році до 187 089,0 на 100 тис. населення у 2011 (на +4,65%) [16, с. 55]. Основу структури поширеності хвороб серед всього населення у 2011 році традиційно формували: хвороби системи кровообігу (31,0%), хвороби органів дихання (20,1%), хвороби органів травлення (9,6%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (5,4%) та хвороби сечостатевої системи (5,4%) [16, с. 58; 5, с. 14; 14, с. 33].

Ні стан забезпеченості дільничними терапевтами, ні терапевтичними ліжками не впливає на рівень смертності від серцево-судинних захворювань [13, с. 34]. Це при тому, що на одиницю витрат на профілактику й лікування заходів серед хворих серцево-судинними захворюваннями припадає дванадцять одиниць економічного ефекту, а серед хворих зі зловідомими утвореннями – дев'ятнадцять [13, с. 15].

Що стосується регіональних аспектів розвитку системи охорони здоров'я, то має місце нерівномірність видатків у бюджеті. У розрахунок на одного жителя різниця видатків становить понад 40%. Так, у 2011 році у Закарпатській області ця сума досягала 713,88 грн., а в м. Києві – 1104,38 грн. [7].

Для лікарів склалася суперечлива ситуація. За останні десятиріччя їх кількість зросла на 30%. Однак 20% ліжок порожні при завищеному терміні перебування хворого. Забезпеченість хірургічними, пологовими і гінекологічними ліжками вдвічі перевищує попит [13, с. 44].

Що стосується проблем ПМСД, то центральною із них є те, що станом на 1.01.2011 59,46% населення України не отримувало послуг цієї допомоги на засадах загальної лікарської практики/сімейної

медицини (ЗЛП/СМ). У 2006 році цей показник становив 72,4% [10; 18]. Якщо будуть збережені такі темпи зростання, то знадобиться щонайменше 15 років, щоб надавати послуги ЗЛП/СМ всьому населенню України. За останні 2,5 роки ці показники суттєво не змінилися.

Кількість штатних посад сімейних лікарів у 2010 році становила 11008,25 од. (у 2006 — 7729 од.), з них у сільській місцевості — 7121 од. Штатних посад сімейних медичних сестер у 2010 році передбачалося 14074,5 од. (у 2006 — 9462,5 од.), з них у сільській місцевості — 9990,5 од. Зростання кількості сімейних лікарів та сімейних медичних сестер за п'ятирічний період становило 37,7% і 41,2% відповідно. Кількість штатних посад сімейних лікарів та сімейних медичних сестер також зросла на 42,4 та 48,7% відповідно [10; 18].

Системні проблеми охорони здоров'я в містах

ПМСД в Україні є потенційно ключовою складовою системи охорони здоров'я. Вона знаходиться в стані тривалої (понад 30 років) системної кризи. Попит на послуги ПМСД в системі охорони здоров'я, як і в інших східноєвропейських державах, вірогідно становить 80% від загальної потреби в медичній допомозі. Точкове дванадцятирічне пошлявлення в окремих невеликих містах діяльності сімейних лікарів, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи, фактично заблоковано системою регулювання галузі у 2013 році.

На тлі досвіду країн Центрально-Східної та Західної Європи дворічне впровадження ПМСД на засадах сімейного лікаря в пілотних та інших регіонах України є фактичною підміною реального розвитку цієї інституції. Так, із більш ніж 10 тис. лікарів, які знаходяться на посадах сімейних лікарів, абсолютна більшість виконує функції терапевтів або педіатрів і медичної допомоги дітям або дорослим не надає.

Централізована вертикаль системи охорони здоров'я України та її складові не сприймають інститут ПМСД на засадах сімейного лікаря як базовий. Це підтверджується проведенням експерименту протягом трьох років у пілотних регіонах, де на посади сімейних лікарів призначають дільничних терапевтів та педіатрів без належної професійної перепідготовки. Фактично зберігається деперсоналізація відповідальності конкретного сімейного лікаря за надання своєчасної та якісної медичної допомоги конкретному пацієнту й не надається системна ПМСД для сімей.

Існує професійна фрагментація ПМСД за спеціалізацією (окуліст, акушер-гінеколог та ін.) лікарів та за їх функціональністю (функціональна діагностика; денний стаціонар). Зберігається фрагментарність надання ПМСД для певних категорій населення за професійними ознаками, віком і статтю.

Приватні сімейні лікарі з моменту початку їх діяльності, наприклад, у м. Комсомольськ Полтавської області та інших регіонах України, і нині знаходяться в зародковому стані. У зв'язку із заблокуванням діючої нормативної базової діяльності вони увійшли в штат центрів ПМСД (2013 рік, м. Комсомольськ Полтавської обл.). Це повністю нівелює впровадження ринкових відносин у системі ПМСД, створення конкурентного середовища, яке стимулювало б надання медичної допомоги сімейними лікарями та їх прагнення боротися за пацієнта, а також попередило б необгрунтоване підвищення цін. Зазначене також стосується створення (починаючи з 2010 року) центрів ПМСД і КДЦ. Фактично немає належного зв'язку між потребами медичної практики та недостатнім рівнем фундаментальних і прикладних наукових досліджень у сфері ПМСД.

Не зростає ефективність діяльності сімейних лікарів та відповідний попит пацієнтів. Відсутність належного «визрівання» попиту пацієнтів на ефективну і якісну допомогу сімейного лікаря стала головним блокуючим чинником розвитку цієї інституції.

Реформи в системі охорони здоров'я України мали певні управлінські й наукові передумови. Але відсутнє головне – сприятливі соціально-економічні умови. Діє адміністративно-командна система управління охорони здоров'я з невідповідною до потреб пацієнтів інфраструктурою. Відсутній «дух підприємництва» для впровадження нововведень ПМСД. Це вказує на структурну кризу. Чинні управлінські підходи фактично вичерпали свої можливості. Не впроваджуються

принципи загального бюджету, тарифи для надання медичної допомоги у комунальних та державних закладах не розроблені, обсяг послуг, які гарантуються бюджетом, не визначено. Відсутні електронні картки хворого, не налагоджено системи якісного підбору й підготовки сімейних лікарів та медсестер.

На наш погляд, необхідним є перенесення центру відповідальності за реформування ПМСД з МОЗ України на органи місцевого самоврядування шляхом їх організації та надання необхідних повноважень.

Слід враховувати, що із двох факторів інноваційного розвитку фактор попиту громадян на 70% визначає нововведення, а фактор управлінської та наукової пропозиції – на 30%. Хоча останні події на світових ринках послуг і товарів вказують, що якісна пропозиція швидко завойовує ринок, стимулюючи попит.

Початковий етап реформ системи охорони здоров'я має завершитись формуванням рівноправного ринку надання медичної допомоги як з боку сімейних лікарів у структурі ПМСД, так і лікарів загальної практики – сімейних лікарів, які здійснюють господарську діяльність із медичної практики як фізичні особи. Ринок надавачів фінансових послуг має бути представлений не тільки розпорядниками бюджетних коштів (у перспективі загальнодержавним медичним страхуванням, яким фінансуватимуть до 80% від загальних витрат), а й діяльністю приватних страхових компаній, які здатні покрити до 20% витрат пацієнтів. Це стимулюватиме попит на нововведення ПМСД на засадах сімейного лікаря. Потреби медичної практики вимагають забезпечення якісної кадрової та технічної основи шляхом приведення освіти і матеріально-технічної бази для сімейних лікарів до сучасних стандартів.

З огляду на узагальнення наявного досвіду та практику модель надання ПМСД у міських умовах має враховувати:

- вимоги ВООЗ щодо пріоритетності ПМСД на засадах сімейного лікаря;

- зміни до законодавства України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я для поліпшення медичного обслуговування» щодо завершення впровадження до 2020 року інституту сімейного лікаря;

- кардинальне розширення послуг денного стаціонару та стаціонару вдома;

- надання медичним установам статусу комерційних неприбуткових організацій на принципах загального бюджету;

- внесення змін до законодавства щодо методики обчислення вартості ПМСД, екстреної та невідкладної допомоги, оплата якої гарантується бюджетом.

Системні проблеми охорони здоров'я в сільській місцевості України

У порівнянні з містами в селах України протягом останніх десятиліть склався більш високий рівень бідності. Тут у 2,5 раза менша інфраструктурна доступність послуг первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Унаслідок цього 51% мешканців сіл, які мають потребу, протягом року не отримують медичної допомоги [10]. Можливість вибору сімейного лікаря чи медсестри у них практично відсутня.

Збільшення в Україні порівняно з 2006 роком на 40% кількості сімейних лікарів і медсестер та на 28% закладів первинної медико-санітарної допомоги не зупинило тенденції перевищення (на 36%) рівня смертності у сільській місцевості відносно міста.

Це пов'язано з надзвичайно високим рівнем бідності на селі. У кожного четвертого жителя (25,4%) у сільській місцевості середньодушові загальні доходи нижчі прожиткового мінімуму. Вони майже в 3 рази перевищують показники у великих містах (8,6%) та більш ніж у 1,5 раза – у малих містах (16,5%) [3, с. 266].

Всі області Поліського регіону мають більш високий рівень бідності, ніж у середньому по країні [3, с. 247-248]. Слід зазначити, що 53% українців вважають себе бідними і підкреслюють, що їх доходів ледве вистачає на поточне споживання, тоді як рівень об'єктивної бідності (за критерієм 75% медіанного рівня сукупних еквівалентних витрат) не перевищує 30% [3, с. 245].

Не оснащені належним обладнанням 65% сільських лікарських амбулаторій, районних і дільничних лікарень. Офтальмологічне обладнання

мають лише 8%, а ЛОР-обладнання — 5% закладів. Заклади ПМСД менш ніж на 50% укомплектовані санітарним транспортом (3497 наявних при потребі 7716 одиниць), не всі заклади мають навіть електрокардіографи, а дефібрилятори наявні лише у 5,6% закладів. Тільки кожен третій заклад має комп'ютерну техніку [17].

Серед сільських лікарських амбулаторій 47% розташовані на відстані понад 20 км, а 86% — на відстані понад 10 км від центральної районної лікарні. Абсолютна більшість (97%) фельдшерсько-акушерських пунктів віддалені від закладів, де у штаті є лікар, на 2 км і більше. Близько 6% сільського населення, яке нині проживає у 9539 селах, не мають закладів охорони здоров'я. У 2438 селах жителям не надається пересувна медична допомога. Найближчі медичні заклади знаходяться на відстані від 3 до 10 км [10; 18].

Одна чверть сільських лікарських амбулаторій має термін експлуатації понад 50 років, багато з них потребує реконструкції, ще необхідно збудувати 1500 амбулаторій та 1000 фельдшерсько-акушерських пунктів [10; 18].

Ураховуючи пріоритети розвитку системи охорони здоров'я на засадах сімейного лікаря, до основних напрямів забезпечення соціальної безпеки у сфері охорони здоров'я, на нашу думку, слід віднести:

□ прискорення структурних змін на базі пріоритетного розвитку ПМСД на засадах сімейного лікаря з відповідним 35-відсотковим фінансуванням;

□ демонополізацію, детінізацію галузі шляхом впровадження приватних форм надання медичної допомоги та введення обов'язкового державного страхування;

□ забезпечення належного рівня конкурентоспроможності кожного виду надання медичної допомоги;

□ усунення нерівномірності у фінансуванні сфери охорони здоров'я регіонів;

□ впровадження індикаторів для моніторингу якості й доступності медичної допомоги, які включають коефіцієнти смертності громадян у т. ч. в працездатному віці; госпіталізації; викликів швидкої допомоги; охоплення населення послугами ПМСД; % тінізації галузі; оплату сімейних лікарів – 10-12 тис. грн.; медсестер – 8-10 тис. грн.

З метою переорієнтації системи надання медичної допомоги на пацієнта необхідно:

□ опрацювати і впровадити механізм розробки й реалізації як на національному, так і на регіональних рівнях стратегічних планів розвитку галузі;

□ визначити обсяги, види та форми надання якісної та доступної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, які гарантовані державним і місцевим бюджетами. Це дозволить ефективно використовувати ресурси, враховуючи реальні потреби населення у ПМСД спеціалізованій і високоспеціалізованій, екстреній, паліативній і хоспісній допомозі, розробити плани оптимізації мережі закладів на рівні кожної області з обґрунтуванням потреб в інвестиціях;

□ створити на базі поліклінік самостійні центри ПМСД та самостійні юридичні особи – консультативно-діагностичні центри спеціалізованої амбулаторної допомоги;

□ визначитись із надмірною кількістю спеціалізованих ліжок і лікарень та відсутністю їх функціональної диференціації. Наявність відомчих закладів є основною причиною неефективності й нераціональності системи охорони здоров'я, очевидним індикатором відсутності структурних реформ;

□ реорганізувати лікарні з комунальною формою власності у комунальні некомерційні підприємства;

□ впровадити систему управління якістю на базі розвитку інформаційних технологій;

□ ввести показники оцінки результатів процесу та ресурсів функціонування системи охорони здоров'я.

Основною причиною невідповідності ПМСД реальним потребам громадян та низької ефективності спеціалізованої, високоспеціалізованої, екстреної, паліативної та хоспісної допомоги є недосконалість законодавчого й урядового забезпечення розвитку системи охорони

здоров'я. Відсутнє законодавче визначення пріоритетності ПМСД. Для охоплення населення належним рівнем якості й доступності ПМСД необхідно щорічно збільшувати на 40% її фінансування за рахунок перерозподілу коштів сфери охорони здоров'я.

Урядові заходи щодо запобігання й нейтралізації загроз у соціальній безпеці сфері охорони здоров'я

Для вирішення системних проблем, які блокують самореалізацію громадян у сільській місцевості, розширення можливостей осіб отримати послуги ПМСД на засадах сімейного лікаря органам влади необхідно вжити комплексних заходів. Міністерству економічного розвитку і торгівлі України, Міністерству соціальної політики, МОЗ України, Мінінфраструктури, Мінфіну, НБУ, МінАПК, Міносвіти та науки, Мінмолоді та спорту, НАН України, НААН України, НМАНУ:

□ розробити окремий блок показників соціально-економічного регулювання у сільській місцевості зі створення соціально-економічних умов життя громадян відповідно до їх ментальних особливостей (індивідуалізму, схильності до господарництва, поваги до приватної власності), здобуття абсолютною більшістю з них життєвих шансів на самореалізацію згідно зі стандартами країн ЄС; зменшення на третину протягом 2014-2015 років частки осіб, середньодушові загальні витрати яких менше прожиткового мінімуму;

□ особливу увагу приділити створенню умов для реалізації мешканцями сіл життєвих шансів самореалізації щодо підтримання здорового способу життя;

□ впровадити у 2014-2015 роках показники надання ПМСД:

- щорічне охоплення населення послугами (близько 100%);
- право вибору сімейного лікаря і медсестри, які за своїми високими професійними якостями здатні задовольнити до 80% потреб в отриманні медичної допомоги і лікуванні громадян;
- пріоритетно укомплектувати сімейними лікарями і медсестрами заклади ПМСД;
- забезпечити 35% нормативу фінансування ПМСД на засадах сімейної медицини;
- переорієнтувати фінансові потоки шляхом суттєвого збільшення фінансування переобладнання центрів ПМСД і медичних закладів у сільській місцевості.

Для розширення єдиного простору надання ПМСД на засадах сімейного лікаря у 2014 році доцільно вжити таких організаційно-управлінських заходів:

1. Створити самостійні юридичні особи – центри ПМСД та КДЦ на базі поліклінік, амбулаторій державної (відомчої), комунальної форм власності. У центрах ПМСД передбачити посади сімейних лікарів із правом їх тимчасового заміщення терапевтами та педіатрами. Заходи слід проводити в межах діючого бюджету та додаткових фінансувань на реорганізацію – не менш ніж 5% бюджету фінансування на 2013 рік.

2. Керівникам районних управлінь охорони здоров'я міст, амбулаторій, центрів ПМСД і КДЦ, створених на базі державних і відомчих медичних установ, здійснити перерахунок бюджетів, виходячи зі статевікових особливостей населення та стану його захворюваності. Такий бюджет центру ПМСД та КДЦ державної форми власності подається до розпорядника бюджетних коштів управління охорони здоров'я району в місті. З метою виключення дублювання витрат фахівцями центру ПМСД та КДЦ спільно з районним управлінням охорони здоров'я здійснюється додатковий розрахунок бюджету. Передача пацієнтів, які раніше були закріплені за відомчими та державними установами, здійснюється в центрі ПМСД за місцем їх проживання.

При запровадженні групової медичної практики для обслуговування 4,5-6 тис. громадян обчислюється вартість залучених (згідно з нормативами МОЗ України) трьох терапевтів та одного педіатра. Для 10-12 тис. пацієнтів відповідно – 6 терапевтів, 2 педіатри та акушера-гінеколога. Оплата сімейному лікарю здійснюється згідно з реальним навантаженням від 1,5 тис. пацієнтів та досягнутими кінцевими результатами лікування.

3. МОЗ України врахувати пропозиції управлінь охорони здоров'я міст Києва, Севастополя, областей, міст і районів та підготовку проекту Постанови Кабінету Міністрів України для проведення

організаційно-управлінських змін. Своєчасно укласти договори з надання медичних послуг між розпорядником бюджетних коштів, центрами ПМСД району, амбулаторіями, КДЦ, а також між зазначеними медичними установами і лікарями загальної практики з пацієнтами. Для якісного обґрунтування структурних змін у регіонах при управлінні охороною здоров'я м. Києва, Севастополя, областей, міст та районів створити робочі групи з включенням до них розпорядників бюджетних коштів районів, керівників центрів ПМСД, КДЦ, амбулаторій, державної (відомчої) та комунальної форм власності і науковців. При цьому доцільно врахувати окремі підходи, викладені у методичних рекомендаціях «Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню», а також інших науково-аналітичних матеріалів.

4. При реформуванні ПМСД у м. Києві та при розробці моделі системи охороною здоров'я до 2020 року враховувати:

□ прогнольні показники розвитку міста та його інфраструктури згідно з генеральним планом до 2020 року;

□ чисельний склад наявного, постійного та тимчасово проживаючого населення; статеву-вікову структуру згідно з районами міста; чисельність осіб, зайнятих у неформальному секторі (працюючих неофіційно); туристів;

□ розрахунки відомств – МО України, МВС, СБУ, НАН України, НАМНУ, Мінтрансу, ДМС щодо чисельного складу та статево-вікових професійних груп, які проживатимуть у м. Києві до 2020 року включно. При цьому формула розрахунків кількості сімейних лікарів має враховувати: (наявне населення = постійне населення + тимчасово проживаюче населення) / 1,5 тис. осіб.

5. Законодавче визначення рівнів інституційної відповідальності за створення умов для отримання якісної та доступної медичної допомоги:

□ громадянином (відповідний лікар центру ПМСД; відділ охороною здоров'я в районі, місті за надання профілактичної, первинної, паліативної та хоспісної медичної допомоги);

□ громадою району, області (відповідно районні – за надання профілактичної, ПМСД, паліативної, хоспісної та невідкладної медичної допомоги; обласні управління охороною здоров'я – за надання профілактичної, ПМСД, вторинної, третинної, екстреної медичної допомоги);

□ суспільством – МОЗ (за надання профілактичної медичної допомоги, демонополізацію та детінізацію галузей; інфраструктурну оптимальність високоспеціалізованої медичної допомоги).

ВИСНОВКИ

1. В останні десятиріччя система охороною здоров'я України знаходиться в стані управлінської, кадрової медичної, інфраструктурної та соціально-економічної неспроможності надавати громадянам якісну й доступну медичну допомогу.

2. Основною причиною неефективності системи ВМСД є розпорошення фінансових ресурсів на велику кількість малопотужних лікарень, які не мають можливостей для придбання сучасних технологій і обладнання. При цьому персонал втрачає практичні навички у зв'язку з низькою інтенсивністю потоків пацієнтів.

3. Зростання первинної захворюваності та смертності в працездатному віці свідчить не просто про погіршення здоров'я населення, а насамперед про неспроможність системи охороною здоров'я виконувати свої завдання.

4. Збільшення загальної захворюваності та смертності від ревматизму й гіпертонічної хвороби вказує на те, що система охороною здоров'я України не в змозі ефективно застосовувати наявні лікувальні засоби.

5. Погіршення показників здоров'я громадян України тісно пов'язано з недосконалістю інфраструктури системи охороною здоров'я.

6. Між Міністерством охороною здоров'я України та обласними управліннями охороною здоров'я відсутній у реальному масштабі часу дієвий зворотний зв'язок щодо системних проблем у ході реформування охороною здоров'я.

7. Застарілий витратний фінансовий механізм не враховує реальні потреби громадян в отриманні медичної допомоги виходячи зі статево-вікової структури населення та особливостей захворювань.

8. Висока частка громадян (близько половини), які неохоплені наданням медичних послуг, свідчить про те, що потенціал впливу системи охороною здоров'я України може бути в кілька разів більшим.

9. Система охороною здоров'я та її ПМСД знаходяться в стані трансформаційної соціально-економічної кризи. У пілотних регіонах у системі ПМСД монополізм поліклінік переведено у монополізм центрів ПМСД та консультативно-діагностичних центрів (КДЦ). Альтернатива центру ПМСД в особі приватних сімейних лікарів фактично відсутня.

10. Діюча протягом останніх 12 років «модель нововведень» зводиться до адміністративного тиску на створення тих чи інших структур. Відсутній ринок надавачів ПМСД, система інформатизації надання медичної допомоги, загальнодержавне та розвинене приватне медичне страхування.

11. Система охороною здоров'я України є інноваційно несприятливою для ПМСД з огляду на недосконалу організаційно-економічну структуру, неефективні відносини власності, відсутність нових форм функціонування медичних закладів – комунальних неприбуткових підприємств.

12. Нерозвиненість первинної медико-санітарної допомоги за садах сімейного лікаря є основною системною проблемою соціальної безпеки системи охороною здоров'я. Кількість лікарів у системі ПМСД України у порівнянні з країнами ЄС менша на 33%, а медичних закладів – у 4 рази на 10 тис. населення. У зв'язку з цим попит на ПМСД у містах задовольняється на 30-35%. Решта 45% відповідного попиту «заміщується» спеціалізованою медичною допомогою.

13. Необхідне законодавче та нормативне регулювання системи охороною здоров'я щодо її переорієнтації на пацієнта, на надавачів якісних медичних послуг на основі кардинального покращення ефективності діяльності центральної та місцевої влади на основі проведення адміністративної реформи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Держстат України. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2010 році [Електронний ресурс] – Режим доступу: www.ukrstat.gov.ua/.
2. Калачова І. (2011) Національні рахунки охороною здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році. – Державний комітет статистики України. – 130 с.
3. Людський розвиток в Україні: мінімізація соціальних ризиків (колективна науково-аналітична монографія) / за ред. Е. М. Лібанової. – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, Держкомстат України, 2010. – 496 с.
4. Трагедія, якої можна уникнути: подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. – К.: ВЕРСО-04, 2009. – 72 с.
5. Сьятник Г. П. Государственное управление в сфере национальной безопасности / Национальная академия государственного управления при Президенте Украины. – К., 2012. – 495 с.
6. Статистичний щорічник України за 2002 рік / Державний комітет статистики України; за ред. О. Г. Осауленка. – К.: Консультант, 2003. – 664 с.
7. Статистичний щорічник України за 2011 рік / Державний комітет статистики України; за ред. О. Г. Осауленка. – К.: Консультант, 2011. – 653 с.
8. Калачова І. (2012). Національні рахунки охороною здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році. – Державний комітет статистики України. – 150 с.
9. Князевич В. М. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина // В. М. Князевич Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина. – Київ, 2010. – 401 с.
10. Слабкий Г. О. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік / за ред. Г. О. Слабкого. – Київ, 2011. – 28 с.
11. Міністерство фінансів України (2012). Бюджет України за 2011 рік: статистичний збірник. – Мінфін України, Київ. – 298 с.
12. Корнійчук О. П. Інституціалізація первинної медико-санітарної допомоги в Україні на засадах сімейного лікаря / О. П. Корнійчук // Стратегія розвитку України. – 2012. – №1. – С. 127-135.
13. Голяченко О. М. Реформа охороною здоров'я в Україні: як вийти з кризи. – К., 2010. – 78 с.
14. Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2009). Детальний опис та характеристика госпітальних (лікарняних) інформаційних систем. Оцінка та рекомендації. – Представництво Європейської Комісії в Україні, Київ. – 35 с.
15. Дьяков Н. Вимірювання бідності / Н. Дьяков // Робота та зарплата. – 2002. – № 46 (338).
16. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2011 рік / за ред. П. В. Богатирьової. – К., 2012. – 438 с.
17. Слабкий Г. О. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні протягом 2006 – 1 півріччя 2009 / Г. О. Слабкий // Київ, 2009. – 32 с.