

О.Н. ЛИТВИНОВА, Н.Я. ПАНЧИШИН, В.С. КОЛОМИЙЧУК

ПРІОРИТЕТНІ КРОКИ В РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА НОВОМУ ЕТАПІ СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ

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

Мета: визначити пріоритетні кроки у розвитку охорони здоров'я України на новому етапі становлення системи.

Матеріали і методи. Предметом дослідження була система охорони здоров'я України. У ході дослідження застосовано методи системного підходу та системного аналізу, ретроградного та методу прогнозних моделей.

Результати. На основі ретроградного аналізу розвитку системи охорони здоров'я України наведено шляхи її оновлення та визначено пріоритетні кроки щодо змін елементів системи. Для врегулювання фінансування галузі передусім слід визначити гарантований державою рівень медичної допомоги, що задекларовано в «Основах законодавства України про охорону здоров'я».

Висновки. Вітчизняна система охорони здоров'я потребує негайного оновлення, заснованого на визначенні гарантованого державою рівня медичної допомоги та розширенні можливостей місцевого самоврядування.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: система охорони здоров'я, медична допомога, гарантований рівень медичної допомоги, фінансування охорони здоров'я, місцеве самоврядування.

Система охорони здоров'я, побудована на основі державного фінансування за принципом централізованого планування, яка працювала на теренах республік Радянського Союзу, називалась системою Семашка і досягла свого стратегічного завершення. Зміна соціально-політичних устоїв неминуче потребує зміни галузевої інфраструктури.

Система Семашка характеризувалась мережевою розгалуженістю з прицілом на тотальну забезпеченість доступом до медичної допомоги за територіальним розрахунком [2]. У післявоєнний період, коли основним завданням було недопущення епідемій та існувала гостра потреба масового запровадження елементарних санітарно-гігієнічних заходів, а можливості мобільності населення були досить обмежені, це було абсолютно виправдано. Доступ до медичної допомоги забезпечувався не можливістю приходу пацієнта до лікаря, а навпаки – лікар був максимально наближений до пацієнта. Цей підхід був оптимальний для даного часу і умов. Водночас мережева структура завжди характеризується громіздкістю, постійним прагненням до розширення, а відповідно, і зростанням затратності.

Отримавши таку структуру у спадок, ми певний час намагались утримувати її, вишукуючи для цього кошти. Фармація – одна з найперших галузей, яка перейшла на ринкові відносини. На початку дев'яностих років ХХ століття рентабельність фармвиробництва сягала сотні відсотків. Всілякі спроби з боку держави обме-

жити цей процес призводили до винайдення все складніших економічних механізмів обходу цих обмежень з боку фармації, придумувались все віртуозніші обладнання, як уникнути обмеження утримування цін на медикаменти. Зайшовши у безвихідь у вирішенні можливостей забезпечення населення ліками, держава просто самоусунулась від вирішення даного питання, перекинувши цей тягар на плечі самих пацієнтів.

Щодо іншого сектору складової надання медичної допомоги – обладнання ситуація виглядала ще проблематичніше. Складність полягала у тому, що почалась епоха техногенного насичення системи. На медичний ринок виходить високотехнічне обладнання, і вартість його стала незрівнянно вищою за вартість попередніх приладів та апаратів [4]. Через необхідність великих разових інвестицій (вартість сучасного обладнання сягає від сотень до десятків сотень тисяч доларів) перекинути їх на пацієнтів неможливо. Альтернатива розподілу коштів у системі схилилась від лікаря до апаратури. Це швидко призвело до того, що лікар в Україні став отримувати заробітну плату, яка в соціальній шкалі розмістилась передостанньою. Зрозуміло, що невичерпний попит на медичну допомогу спричинив запуск процесу тіншових платежів. Як наслідок, ми отримали гігантське падіння моралі у найгуманнішій сфері діяльності людини. Також дана ситуація призвела до масових відмов пацієнтів від медичної допомоги через недостатню платоспроможність.

Поява реформи охорони здоров'я у 2011 році була вимушеним і вчасним заходом. Стало очевидним, що бюджет держави не в змозі утримати таку гігантську мережу закладів і таку чисельну армію медичних працівників навіть на мінімальному рівні. Система віджила своє і помирала від фізіологічної старості, реанімувати її не було жодних шансів. На жаль, запропоновані методи її лікування призвели до ще більшого погіршення стану. Акцентуємо увагу не на тому, щоб зберегти стару існуючу систему, а на адекватному її «лікуванні». Ліквідація одних елементів системи і впровадження в її структуру нових, функціонально не пов'язаних з нею, елементів спричиняє їх, якщо не відторгнення, то параліч функцій. Реформа запропонувала «латати старі міхи новими латками».

Мета роботи: показати пріоритетні кроки в розвитку охорони здоров'я України на новому етапі становлення системи.

Матеріали і методи. Предметом даного дослідження була система охорони здоров'я України. В основу дослідження покладено методи системного підходу та системного аналізу, ретроградного та методу прогнозних моделей.

Результати дослідження та їх обговорення. У суспільстві неможливо використати метод повної заміни несправного елемента. Ми не можемо водночас викинути існуючу систему охорони здоров'я і з N числа N-го місяця N-го року замінити її абсолютно новою – страховою чи європейською чи канадською чи якою іншою. Слід виходити з того, що ми маємо поступово перероджувати стару систему у нову, яка органічно увіллється у наше існуюче суспільство з його реально існуючою законодавчою та фінансовою базою.

Починати оновлення системи слід із багатовекторного підходу. Неможливо внести зміни у систему охорони здоров'я виключно силами однієї системи охорони здоров'я, тобто силами Міністерства охорони здоров'я. Слід виходити, передусім, з того, що наша т.з. система охорони здоров'я складається із окремих підсистем: перша – це система медичної допомоги, друга – це безпосередньо система охорони здоров'я, яку теж слід поділити на систему охорони здоров'я окремого індивіда і систему охорони здоров'я соціуму [2]. Остання поділяється на систему охорони довкілля, систему охорони умов праці і систему здорового способу життя. Як бачимо, від Міністерства охорони здоров'я до певної міри може залежати лише система надання медичної допомоги і частково реабілітації.

Переходячи до аналізу фінансування охорони здоров'я, зразу застерігаємо від стереотипного поняття хронічного браку коштів. Механізм фінансового комфорту полягає не у тому, щоб було багато коштів, а у тому, щоб їх вистачало.

Така позиція досягається трьома шляхами: 1) знайти кошти, які потрібні для досягнення мети; 2) відкоректувати мету відповідно до наявних коштів; 3) раціоналізувати кошти і мету до рівня досягнення рівноваги. Перший шлях у системі охорони здоров'я вже давно вичерпався. Другий шлях (був покладений в основу недавньої реформи) призведе до масової недоступності для населення медичної допомоги. Залишається третій шлях – це шлях раціоналізації. Цей шлях також пролягатиме у кількох напрямках: раціоналізація матеріально-технічної бази, раціоналізація кадрових ресурсів і раціоналізація фінансування.

Перше, з чого слід почати, так це з розуміння, що не можна досягнути неосяжне. Сьогодні світова медицина має необмежені можливості надання медичної допомоги, починаючи від неймовірних трансплантацій і закінчуючи генною інженерією та нанотехнологіями. Чи можемо ми сьогодні вводити народ України в оману, обіцяючи надання йому допомоги на рівні світових стандартів, – питання риторичне. Таким чином, перше, з чим слід визначитися об'єктивно і остаточно, – це з гарантованим рівнем надання медичної допомоги населенню. Слід визначити той гарантований державою обсяг медичної допомоги, який беззастережно і обов'язково буде наданий, в разі потреби, будь-якому громадянину України на безоплатній для нього основі [4]. У даному питанні слід залишити можливість органам місцевого самоврядування самостійно розширювати даний гарантований рівень до меж можливого фінансового забезпечення. Ті види медичної допомоги, які залишаться поза межами гарантованого державою рівня, можна пропонувати на базі добровільного медичного страхування, приватного сектора тощо. Такий підхід деякою мірою вирішить проблеми соціальної справедливості у суспільстві, вирішить проблеми фінансових можливостей, стане стимулом для збереження свого здоров'я, а також зніме напругу у суспільстві через прозорість і об'єктивізацію системи [5].

Другий напрямок оновлення полягає в тому, щоб надати якнайширші можливості територіальним громадам самостійно вирішувати шляхи медичного забезпечення своїх громадян. Питання, чи на території даного населеного пункту має бути лише ФАП, чи лікарська амбулаторія, чи багатопрофільна лікарня, як і питання кадрового складу медичного персоналу – кількість лікарів (в т.ч. вузьких фахівців), медсестер, бригад швидкої допомоги тощо понад гарантований державою рівень, територіальні громади мають мати можливість вирішувати самостійно в межах своїх фінансових можливостей.

Щодо раціонального використання ресурсів, то тут існує широке коло проблем. Старі норми

використання ресурсів часто суперечать галузевим інтересам. Факти простою дороговартісного обладнання через обмежений графік роботи фахівців – сьогодні масове явище. Багатотисячні комп'ютерні томографи працюють по 4 години, апарати УЗД – по 6 годин, лабораторії приймають аналізи кілька годин і лише зранку і т.д. і т.п. У раціональному режимі використання ресурсів обладнання має працювати на повну потужність – тоді якість перейде в кількість. При такому підході вигідніше буде закупити одне дороговартісне з широкими можливостями обладнання і оплатити працю п'яти лікарів, які забезпечать його майже цілодобове функціонування, аніж утримувати у 10 лікарнях 10 таких апаратів, які працюватимуть по чотири години, бо за нормами на ньому може працювати лише один лікар. Організація доступу пацієнтів до такого обладнання – це питання маркетингу, яке вирішується елементарно. Враховуючи, що переважаюча питома частка обладнання – це діагностичне обладнання, доцільно його концентрувати у діагностичних центрах, як і лабораторну базу з максимальним часом функціонування. Такий підхід дозволить виключити дубляж обстежень хворих на рівні поліклініка – стаціонар, а відповідно, і зекономить кошти.

Щодо раціоналізації діяльності стаціонарів, то провідною метою має бути максимальне лікування хворого, який перебуває у стаціонарі. Сьогоднішня ситуація показує, що пересічний хворий, знаходячись на стаціонарному лікуванні, фактичним, реальним лікуванням (медичними процедурами тощо) зайнятий 2–3 години, а решта часу він просто перебуває в лікарні – назвати це раціональним використанням коштів вкрай важко. У перспективі стаціонари повинні наблизитись до операційних блоків та палат інтенсивної терапії. Решту заходів – діагностика, спостереження, лікування та реабілітація – сьогодні цілком можливо проводити на рівні амбулаторної допомоги.

Багато нарікань сьогодні на практику сімейної медицини. Причому в однаковій мірі і від лікарів, і від пацієнтів. Організатори охорони здоров'я вживають усіх можливих заходів, щоб хворий проходив виключно через первинну ланку – сімейного лікаря. Пацієнт, в свою чергу, додає усіх зусиль для того, щоб його оминати і потрапити на прийом до «взького» фахівця. Лікарі докладають усіх зусиль, щоб уникнути розподілу на роботу сімейним лікарем і якомога швидше стати цим самим «взьким» фахівцем. В економіці відомий закон попиту і пропозиції, який діє незалежно від форми влади, оскільки не приймається і не припиняється ніяким урядом і ніяким президентом. Так і в медицині. Якщо є виражений попит з боку пацієнтів на взьких фахівців (а це зумовлено рядом причин, про які

скажемо нижче), то ніякі силові рішення цей попит не зупинять. Якщо такого попиту на сімейного лікаря немає, то ніякі силові рішення цей попит не забезпечать.

Ми живемо у суспільно-економічній формації, яка називається інформаційне суспільство [1]. Робити акцент на тому, що хворий з приводу будь-якого дискомфорту сьогодні зразу побіжить до лікаря, м'яко кажучи, наївно. Інтернет сьогодні поширений на всій території України. Думка, що сільські жителі – бідні, нещасні, відсталі і напівграмотні, є не що інше, як стереотип. Насправді не слід закривати очі на те, що значна частка нашого населення, а це переважно жителі саме сільських територій, сьогодні працюють за кордоном – у Росії, Об'єднаних Еміратах, Турції, Греції, Польщі, Іспанії, Португалії, Італії, Великобританії, а отже спілкування по Скайпу стало нормою. У соціальних мережах цілоденно просиджують бабусі, які знайшли для себе комфортне соціальне середовище. Не слід скидати з рахунків медичну рекламу, як в засобах масової інформації так і в Інтернет-просторі, де можна отримати безоплатну консультацію з приводу будь-якої хвороби. Причому ця реклама доволі агресивна і нав'язлива. Тому основна маса сьогоднішніх пацієнтів звертається до лікаря уже інформаційно підготовленою, тому й попит на взького фахівця, а не на сімейного лікаря.

Перегляд функцій лікаря загальної практики – це один із напрямків оновлення системи. Інформаційний контакт з хворими повинен бути пріоритетним питанням, електронна база карти здоров'я вже давно мала б бути вирішеним питанням. Телемедицина, міжнародні інформаційні асоціації, Інтернет-громада лікарів України тощо – це ті питання, які відстають в системі охорони здоров'я дуже відчутно. А те, що «святе місце пустим не буває», призвело до того, що інформаційний простір здоров'я зайнятий рекламою медичних препаратів та сумнівних методів лікування усіх хвороб.

Щодо вирішення кадрових питань слід визначитися із питаннями чисельного складу, якісного складу і заробітної плати. Чисельний склад буде обумовлений, передусім, визначеним гарантованим рівнем медичної допомоги. Для забезпечення цього ешелону кадрів доцільно відібрати найбільш кваліфікованих і успішно практикуючих фахівців [6]. Решта повинна мати змогу безперешкодно і просто відкрити приватну підприємницьку діяльність. Питання оцінки кваліфікації лікарів повинні вирішуватися виключно профільними асоціаціями за розробленими ними ж критеріями. Не може кваліфікацію педіатра визначати, наприклад, лікар-невропатолог, бо він очолює атестаційну комісію. У функції асоціації фахівців також входить питання виборів голови

асоціації, атестаційної комісії, питання протоколів лікування, розробка нормативної бази даної галузі тощо. Положення про Асоціації повинні вибудовуватись на антимонопольній основі, щоб запобігти ситуації, коли голова асоціації є позитивним вибором, бо він головний спеціаліст управлінської структури чи інше. Критерії атестації повинні вибудовуватись на пріоритетах фахових досягнень, а не стажу чи кількості друкованих статей або міфічно проведених лекцій.

Питання заробітної плати лікарів також можна вирішувати багатовекторним шляхом. Мінімальна зарплата лікаря повинна визначатись можливостями держави, бажано за методикою собівартості. Інша частина заробітної плати може бути визначена самими хворими у вигляді вдячних внесків. Але не слід потурати методам тінювих подачок лікарю, які принижують лікаря, ставлять в незручне становище пацієнта та їх обох – поза законом. Якщо легалізувати питання подяки лікарю, і ці кошти пацієнт матиме можливість офіційно адресувати конкретному лікарю через касу закладу після закінчення лікування, то багато етичних питань знімається, об'єктивізується рівень лікаря, появляється вагома мотивація останнього до покращення результатів своєї діяльності. Пацієнт має право вибору: віддячувати чи ні, він має право вибору суми (за можливостями і бажаннями), він не боїться, не ховається, не принижується і не знаходиться у двозначній ситуації: давати чи не давати, як давати, скільки давати, кому давати тощо. Заклад має можливість бачити реальний рейтинг якості роботи того чи іншого лікаря. Постає питання

лише легалізації зібраних коштів. Якщо ці кошти оподатковуватимуться за чинним законодавством, тоді ця система не буде працювати, тому що пацієнти багато дадуть, а лікар мало отримає, і тому обидві сторони залишаться при своїх інтересах, і нічого не зміниться.

Раціоналізація питання медикаментозного забезпечення вирішується двома шляхами – штучне обмеження використання – реалізація всіх медикаментозних засобів виключно через рецепти лікаря, а другий шлях – це контроль доцільності цін. Оптимальною моделлю було б запровадити систему собівартісного відпуску ліків, принаймні вітчизняного виробництва. Сьогоднішня вакханалія з цінами на медикаменти не має ніяких виправдань, окрім отримання надприбутків. Якби йшлося про якісь прикраси чи сумочки – немає мови, але медикаменти призначаються хворим людям, і робити на цьому бізнес – це просто злочинно. Фармбізнес – це найприбутковіший бізнес, тому реформи в ньому є надзвичайно складними, а часом і небезпечними, але вирішити питання життєво необхідних засобів у межах однієї країни цілком реально, і свідченням цього є ряд країн.

Висновки

Сьогодні система охорони здоров'я потребує негайного оновлення, вибудованого на терміновому визначенні гарантованого державою рівня медичної допомоги та розширенні можливостей місцевого самоврядування.

Перспективи подальших досліджень передбачають покрокову розробку оновлення системи охорони здоров'я.

Список літератури

1. Лавлок Кристофер Маркетинг услуг: персонал, технология, стратегия : пер. с англ. / Кристофер Лавлок. – 4-е изд. – М. : ИД «Вильямс», 2005. – 1008 с.
2. Леоненко П. М. Історія економічних учень : підр. / П. М. Леоненко, П. І. Юхименко. – 2-ге вид., перероб. і доп. – К. : Знання, 2008. – 639 с.
3. Литвинова О. Н. Основи економічної теорії : підр. вищої школи / О. Н. Литвинова, В. С. Коломийчук. – Л. : Тріада плюс, 2004. – 340 с.
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII // ВВР. – 1993. – № 4. – С. 19.
5. Основи соціального менеджменту / Теоретичні положення та прикладні механізми /. – Тернопіль : ТзОВ «Тернограф», 2007. – 1024 с.
6. Панчишин С. М. Макроекономіка : навч. посібн. / С. М. Панчишин. – 3-тє вид., стереотипне. – К. : Либідь, 2005. – 616 с.

ПРИОРИТЕТНЫЕ ШАГИ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ НА НОВОМ ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ

О.Н. Литвинова, Н.Я. Панчишин, В.С. Коломийчук

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины»

Цель: определить приоритетные шаги в развитии здравоохранения Украины на новом этапе становления системы.

Материалы и методы. Предметом исследования была система здравоохранения Украины. В ходе исследования применялись методы системного подхода и системного анализа, ретроградного и метода прогнозных моделей.

Результаты. На основе ретроградного анализа развития системы здравоохранения Украины приведены пути ее обновления и определены приоритетные шаги по изменению элементов системы. Для урегулирования финансирования отрасли в первую очередь следует определить гарантированный государством уровень медицинской помощи, что задекларировано в «Основах законодательства Украины о здравоохранении».

Выводы. Отечественная система здравоохранения требует немедленного обновления, основанного на определении гарантированного государством уровня медицинской помощи и расширении возможностей местного самоуправления.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: система здравоохранения, медицинская помощь, гарантированный уровень медицинской помощи, финансирование здравоохранения, местное самоуправление.

PRIORITY STEPS IN HEALTH CARE DEVELOPMENT OF UKRAINE AT NEW STAGE OF SYSTEM FORMATION

O.N. Lytvynova, N.Ya. Panchyshyn, V.S. Kolomyichuk

SHEI "Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevsky Ministry of Health of Ukraine"

Purpose: to define priority steps in development of health care of Ukraine at new stage of system formation.

Materials and methods. Health care system of Ukraine was an object of research. During research, methods of system approach and system analysis, retrograde and method of predictive models are applied.

Results. Based on retrograde analysis of Ukraine's health care system, development ways of its updating are resulted and priority steps on changes of system elements are defined. For regulate of branch financing first of all it is necessary to define the state-guaranteed level of health care, which declared in "Basic Law of health care of Ukraine".

Conclusions. National health care system needs immediate updating based on definition of state-guaranteed level of health care and expansion of local government possibilities.

KEY WORDS: health care system, medical aid, guaranteed level of medical aid, health care financing, local government.

Рукопис надійшов до редакції 27.01.2014 р.

Відомості про авторів:

Литвинова Ольга Несторівна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел. (0352)52-72-33.

Панчишин Наталія Ярославівна – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел. (0352)52-72-33.

Коломийчук Василь Степанович – д.екон.н., професор кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел. (0352)52-72-33.