

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ НА ВТОРИННОМУ РІВНІ

O. Doroshenko,
Graduate student, National academy of state administration at President of Ukraine

THE MODERN STATE OF THE FINANCIAL AND ECONOMIC PROVIDING OF MEDICARE IS AT SECONDARY LEVEL

У статті розкрито проблему надання медичної допомоги в Україні на вторинному рівні надання спеціалізованої медичної допомоги. Проведено аналіз надання медичної допомоги на всіх рівнях лікувально-профілактичних закладів України. Запропоновано рекомендації з покращення шляхів удосконалення надання медичної допомоги на вторинному рівні.

In the article the problem of grant of medicare is exposed in Ukraine at secondary level of grant of the specialized medicare. The analysis of grant of medicare is conducted on all levels of medical and preventive establishments of Ukraine. Recommendations are offered from improvement of ways of improvement of grant of medicare at secondary level.

*Ключові слова: охорона здоров'я, медична допомога, надання медичної допомоги в Україні.
Key words: health protection, medicare, grant of medicare in Ukraine.*

ВСТУП

За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільш потребує, характеризуватися високою якістю та безпечністю медичних послуг і забезпечувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні, при цьому враховувати раціональне використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Важливим є проведення реформ у стаціонарному секторі. Світовий досвід свідчить, що реформи організації лікарень поділяють на дві категорії. До першої належать насамперед системні зміни лікарень Друга категорія — внутрішня реструктуризація лікарень, що веде до кардинальної зміни клінічного лікування та взаємовідносин між тими, хто бере участь у наданні медичних послуг.

ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ

Метою статі є проведення аналізу забезпечення медичної допомоги в Україні на рівні вторинному рівні надання.

Для досягнення зазначеної мети було поставлено такі завдання: дослідити проблему вітчизняної охорони здоров'я; провести аналіз надання медичної допомоги на вторинному рівні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На сучасному етапі реформування медичної допомоги в Україні йдуть пошуки шляхів раціонального функціонування, підвищення якості та ефективності медичної допомоги на всіх рівнях (первинному, вторинному та третинному). Сьогодні прийшло зважене розуміння необхідності удосконалення організації і управління га-

лузью, усунення диспропорцій у розвитку амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної медичної допомоги, підвищення рівня, якості та ефективності медичної допомоги.

Ця проблема є надзвичайно актуальною, оскільки її невирішеність призводить до нераціонального використання вартісної вторинної та третинної медичної допомоги і, як наслідок, до невиправданих ресурсних витрат галузі.

Медична допомога вторинного рівня надається міському населенню спеціалізованими відділеннями (кабінетами) територіальних міських поліклінік і лікарень, клініко-діагностичними центрами, пологовими будинками, спеціалізованими лікарнями, диспансерами тощо, сільському населенню — спеціалізованими відділеннями (кабінетами) поліклінічних відділень та стаціонарами центральних та районних лікарень.

Провідною проблемою вітчизняної охорони здоров'я є невідповідність діючої в Україні старої радянської моделі охорони здоров'я (моделі Семашко), призначеної для функціонування в умовах планової економіки. За роки незалежності започатковувалося багато різних реформ в системі охорони здоров'я, які характеризувалися: відсутністю чітко визначених цілей; відсутністю комплексності перетворень; постійним переглядом стратегії реформ; відсутністю чіткої політики, яка б забезпечила виконання прийнятих рішень; ігноруванням науково доведених або перевірених практикою підходів, форм та методів перетворень; істотним впливом на прийняття рішень лобістських груп; низькими темпами реалізації; непослідовністю та суперечністю дій.

Система стаціонарної допомоги в Україні традиційно формується за ієрархічним принципом, тобто госпітальна допомога за основними спеціальностями має надаватися на вторинному рівні у центральних районних лікарнях (ЦРЛ) і міських лікарнях (МЛ), а високоспеціалізована (для хворих з особливо тяжкими і складними випадками) — у стаціонарах лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) третинного рівня.

На жаль, в Україні немає чітких меж між наданням вторинної та третинної медичної допомоги, а між показниками діяльності лікарень різних рівнів майже не існує істотних відмінностей.

Існують такі недоліки в організації надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я вторинного рівня:

- надлишкова кількість лікарняних закладів і госпітальних ліжок при їх надмірній спеціалізації;
- висока питома вага госпіталізованих до спеціалізованих стаціонарів при необґрунтовано тривалих термінах перебування у стаціонарі;
- відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від інтенсивності лікування при низькій якості медичної допомоги.

Недоліки існуючої в Україні моделі охорони здоров'я насамперед проявляються у:

- зосередженості на вирішенні потреб галузі, а не на задоволенні медичних потреб населення;
- неефективності структури системи, це призводить до деформації структури медичних послуг та неефективності використання наявних ресурсів охорони здоров'я;

— недостатності обсягів фінансування з громадських джерел, це призводить до порушення принципів справедливості та солідарності.

Низький рівень ефективності профілактичної роботи на рівні первинної медичної допомоги (ПМСД), недосконала організація роботи швидкої медичної допомоги (ШМД) зумовлюють невиправдано високий рівень споживання населенням послуг вторинної медичної допомоги (ВМД), і насамперед тієї її частини, яка надається у стаціонарах лікарень. (ВМД) України часто використовується неналежним чином, оскільки до неї існував прямий доступ без направлення з рівня ПМСД.

Для технічного удосконалення ВМД важливим є не лише винахід нових медичних технологій, а передусім ефективніше використання вже існуючих методів.

Існує широкий спектр альтернатив моделей функціонування постачальників послуг ВМД, оскільки окремої ідеальної моделі надання таких послуг немає.

В європейських країнах спостерігаються певні тенденції, які можна узагальнити таким чином:

- зменшення кількості ліжкового фонду;
- скорочення тривалості перебування в лікарнях невідкладної допомоги;
- використання зовнішніх постачальників неклінічних (немедичних) послуг;
- зменшення кількості госпітальних центрів;
- концентрація високотехнологічної діяльності у великих лікарняних центрах і центрах охорони здоров'я з одночасним відходом від низькотехнологічних лікарень;
- передача більшої кількості обов'язків лікарів медсестрам;
- впровадження стаціонарозамінних форм госпіталізації;
- скорочення термінів госпіталізації (наприклад, хірургія одного дня);
- створення госпітальних мереж для забезпечення координації надання медичної допомоги у лікарнях;
- гуртожитки / "готелі" для пацієнтів;
- розширення мережі та активізація використання можливостей закладів паліативної допомоги (хоспісів).

До структури надання ВМД входять: центральні районні лікарні, районні лікарні, міські лікарні, дитячі міські лікарні, дільничні лікарні, лікарні швидкої медичної допомоги, пологові будинки, госпрозрахункові медичні заклади, госпіси і значна кількість малопотужних міжрайонних та міських спеціалізованих лікарень і диспансерів.

Крім того, у багатьох медичних закладів функціонували стаціонари та ліжка. До них належали 112 диспансерів, які мали 88 стаціонарних відділень, де розгорнуто 16 489 ліжок та 207 денних стаціонарів з 7227 ліжками.

Усього ВМД у 2010 р. містила 1935 лікарень, а у 2015 р. — 2176, що на 241 заклад більше. Лікарні у 2010 р. містили 260 117 ліжок, а у 2015 р. — 354 606, що на 94 489 більше.

Більшість лікарняних закладів становили дільничні лікарні (ДЛ) (521), МЛ (516), ЦРЛ (471) і стаціонарні відділення різнопрофільних диспансерів (112) та денні стаціонари при амбулаторно-поліклінічних закладах (АПЗ)

(207), у ДЛ (11,4), МЛ (10,9) і ЦРЛ (10,2) спостерігалися показники середнього перебування на ліжку нижчі за українські (12,45) на 1,05 у ДЛ, на 1,55 у МЛ та на 2,25 у ЦРЛ. У ЦРЛ цей показник наблизився до середньоєвропейського (9,2).

У ДЛ майже у всіх областях спостерігалися показники, нижчі за середні по Україні (12,45), за винятком Луганської області (14,0), АР Крим (13,9), Одеської (12,7) та Івано-Франківської (12,6) областей, де ці показники були вищими.

У ДЛ Черкаської (9,8), Хмельницької (10,4), Полтавської, Миколаївської та Вінницької (10,5) областей зафіксовано показники, наближені до середніх у ЄС (9,2).

У МЛ середній показник перебування хворих на ліжку (10,9) значно був меншим, ніж по Україні (12,45), він наближався до середнього у ЄС (9,2).

Показник середнього перебування хворих на ліжку у МЛ був значно нижчим за загальноукраїнський, у м. Севастополі (9,7), Хмельницькій (9,8), Полтавській (9,9), Харківській (10,1), Вінницькій (10,4), Донецькій, Київській областях, м. Києві (10,6), а також у Рівненській, Сумській, Херсонській областях (10,7).

У ЦРЛ показник середнього перебування хворих на ліжку становив 10,2, що набагато нижче за середній по Україні, але вище за середньоєвропейський.

Майже у всіх областях показники середнього перебування хворих на ліжку наближалися до таких в ЄС. У Черкаській області (9,2) рівень відповідав ЄС (9,2). У Вінницькій (9,4), Хмельницькій (9,6) областях цей показник майже наблизився до показників ЄС. А от у Житомирській області він становив 8,8, що нижче за такий у ЄС.

Можна зробити висновок, що чим вищий рівень закладу з надання медичної допомоги, тим кращі показники середнього перебування хворого на ліжку і обіг ліжка. Показник обігу ліжка найнижчий у ДЛ (28,9), найвищий — у ЦРЛ (32,2).

Важливими механізмами підвищення ефективності надання кваліфікованої медичної допомоги населенню є раціональний розподіл обсягів медичних послуг між різними рівнями системи медичного обслуговування (первина, вторинна, третинна медична допомога), введення гарантованого обсягу медичної допомоги, забезпечення її інтеграції, подальший розвиток стандартизації в охороні здоров'я.

З 2010—2015 рр. в Україні зменшилася кількість лікарняних закладів (з 2622 до 2442 — на 180 закладів) та диспансерів (з 371 у 2010 р. до 357 у 2015 р. — на 14 закладів).

Станом на 31.12.2015 р. функціонував 81 лікарняний заклад. У 2015 р. показник лікарняних закладів України становив 4,1 на 100 тис. населення, тоді як в ЄС — 3,11, тобто в Україні цей показник перевищив середньоєвропейський.

У багатьох областях зафіксовано значно нижчі показники госпіталізації порівняно з середніми по Україні (22,90) — це АР Крим (18,46) та області: Донецька (18,05); Закарпатська (18,75); Харківська (20,55); Одеська (20,99); Херсонська (21,03); Луганська (21,93); Сумська (22,27); Житомирська (22,47) та Полтавська (22,55).

У середньому в Україні необгрунтована госпіталізація до стаціонарів становила 30%, тобто одну третину від усієї госпіталізації, що суттєво вплинуло на показники кількості днів роботи ліжка, середнього перебування хворого на ліжку, госпіталізації хворих, а також на динаміку показників забезпеченості населення України стаціонарними ліжками.

Тому необхідно реформувати стаціонарний сектор, децентралізувавши управління галуззю, провести програмно-цільове планування, підвищити економічно-господарську самостійність територій, медичних закладів, широко застосовувати економічні механізми управління, менеджменту, регульованої конкуренції.

Децентралізацію управління слід спрямувати на передачу багатьох управлінських функцій на нижчі ієрархічні рівні, розширення функцій управління, забезпечення вищих органів функціями стратегічного та ситуаційного управління.

Одним із важливих завдань удосконалення організації спеціалізованої медичної допомоги на сучасному етапі залишається раціоналізація використання ліжкового фонду і скорочення тривалості перебування хворих у лікарняних стаціонарах без зниження якості і ефективності лікувально-діагностичного процесу.

Організаційно-управлінські заходи останніх років дозволили забезпечити подальшу інтенсифікацію роботи спеціалізованих ліжок: збільшити показники їх зайнятості, обігу, оптимізувати терміни перебування хворого на ліжку.

Особливо зросло споживання населенням стаціонарозамінних видів медичної допомоги — відповідно на 107,6% та 81,6% по денних і домашніх стаціонарах.

Проте збільшення обсягів стаціонарозамінного лікування ще не має істотного впливу ні на динаміку рівня госпіталізації населення у лікарняні заклади, ні на загальні обсяги лікування хворих в умовах лікарняних стаціонарів.

Це підтверджується збереженням у вітчизняній охороні здоров'я досить високих рівнів (21,07 на 100 жителів) і обсягів госпіталізації населення у лікарняні заклади (9961,28 тис. окр.), що перевищують відповідні показники у багатьох економічно розвинених країнах.

Такі закономірності, на нашу думку, спричинені, передусім, несприятливими тенденціями у стані здоров'я населення, що зумовлює зростання медичних потреб як у стаціонарній, так і стаціонарозамінній допомозі.

Нарівні з цим, виявлені закономірності вказують на необхідність подальшого удосконалення організації медичного обслуговування, зокрема реструктуризації основних видів медичної допомоги, зміщення акцентів у її наданні на рівень ПМД за рахунок створення інституту сімейної медицини і розвитку стаціонарозамінних форм медичної допомоги тощо.

Водночас встановлено, що в Україні продовжується подальше формування перерозподілу обсягів медичної допомоги між амбулаторно-поліклінічними і лікарняними закладами з підвищенням ролі стаціонарозамінних форм у медичному обслуговуванні.

Важливо провести реформування охорони здоров'я в умовах ресурсних обмежень шляхом ліквідації гіперспеціалізації медичної допомоги, в т.ч. на первинному рівні, удосконалення кадрової політики, скорочен-

ня надмірної чисельності високовартісного ліжкового фонду лікарень з паралельним розвитком альтернативних форм медичної допомоги на рівні ПМСД — денних стаціонарів, стаціонарів вдома тощо, ресурсозберігаючих медичних технологій, створення ЛПЗ інших форм власності (приватних, госпрозрахункових, акціонерних тощо), але провідним у системі медичного забезпечення залишається державний сектор, хоча його монопольна роль дещо зменшується.

Слід ширше запроваджувати контрактні засади у взаємозв'язках між ЗОЗ різних рівнів.

З огляду на дані доказового менеджменту, з метою поліпшення якості ВМД та підвищення ефективності використання наявних ресурсів, усунення невикористаного дублювання медичних послуг слід диференціювати лікарні з урахуванням інтенсивності медичної допомоги, що надається, на лікарні: інтенсивної допомоги, для проведення планового лікування, для відновного лікування, хоспіси, для медико-соціальної допомоги.

Кінцевими результатами реформування медичної допомоги на рівні районного територіального медичного об'єднання повинні бути: збільшення обсягів, ефективності та якості в наданні медичної допомоги, її доступність та справедливості; покращення спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги, скорочення прийомів лікарями-спеціалістами непрофільних хворих, збільшення обсягів і покращення умов надання спеціалізованих видів амбулаторної допомоги; скорочення рівня госпіталізації, реструктуризації стаціонарної допомоги; окращення основних демографічних показників; зниження рівня захворюваності; ефективно та раціональне використання фінансових ресурсів.

ВИСНОВОК

1. Реформування медичної допомоги повинно спонукати до ефективного використання кадрів, фінансових та матеріально-технічних ресурсів і оптимального розподілу функцій та обсягів медичної допомоги між закладами охорони здоров'я різних рівнів з метою надання якісної медичної допомоги.

2. Здійснювані останніми роками реорганізаційні заходи дали змогу помітно покращити показники роботи лікарняних закладів на різних рівнях, підвищити якість та ефективність стаціонарної та стаціонарозамінних форм медичної допомоги.

3. Нагальним завданням є правове визначення статусу закладів охорони здоров'я як некомерційних автономних господарських організацій. Необхідно відійти від постатейного розподілу бюджетних коштів, законодавчо розмежувати повноваження між розпорядниками коштів і надавачами медичних послуг, формувати стосунки між ними на контрактній основі.

4. Важливими механізмами підвищення ефективності надання кваліфікованої медичної допомоги населенню є раціональний розподіл обсягів медичних послуг між різними рівнями системи медичного обслуговування (первина, вторинна, третинна медична допомога), введення гарантованого обсягу медичної допомоги, забезпечення її інтеграції, подальший розвиток стандартизації в охороні здоров'я.

5. Одним із важливих завдань удосконалення організації спеціалізованої медичної допомоги на сучасному етапі залишається раціоналізація використання ліжкового фонду і скорочення тривалості перебування хворих у лікарняних стаціонарах без зниження якості і ефективності лікувально-діагностичного процесу.

Література:

1. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / Авт. кол.: М.М. Білинська, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова та ін.; за заг. ред. проф. М.М. Білинської. — К.; Львів: НАДУ, 2012. — 240 с.

2. Авраменко Н.В. Удосконалення системи державного регулювання в галузі охорони здоров'я / Н.В. Авраменко // Держава та регіони — (Державне управління). — 2010. — № 1. — С. 175—180.

3. Бабенко В.А. Тенденції фінансування системи охорони здоров'я: світовий досвід та уроки для України / В.А. Бабенко // Економіка і суспільство. 2016. — № 2. — С. 476—480.

4. Бондарева Л.В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання: дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Л.В. Бондарева; Нац. акад. держ. упр. при Президенті України, Одес. регіон. ін-т держ. упр. — О., 2014. — 263 с.

5. Ковальчук В.Г. Новий публічний менеджмент як форма менеджеризму в сучасних умовах регіонального управління в Україні // Публічне управління: стратегія реформ 2020: зб. тез XV Міжнар. наук. конгресу, 23 квітня 2015 р. — Х.: Вид-во ХарPI НАДУ "Magistr", 2015. — С. 24—26.

References:

1. Bilynska, M.M. Radysh, J.F. and Rozkova, I.V. (2012), Derzavne upravlinnja reformuvannjam systemy ochorony zdorovja v Ukraini [Keywords: health protection, medicare, grant of medicare in Ukraine], Lviv NADU, Kyiv, Ukraine.

2. Avramenko, N.V. (2010), "An improvement of the system of government control is in industry of health protection", Derzava ta regiony, vol. 1, pp. 175—180.

3. Babenko, V.A. (2016), "An improvement of the system of government control is in industry of health protection", Ekonpmika I suspilstvo, vol. 2, pp. 476—480.

4. Bondareva, L.V. (2014), "Providing of accessible and quality medicare at base level: mechanisms of government control", Abstract of Ph.D. dissertation, mechanisms of state administration, National academy of state administration at President of Ukraine of Odessa, Odessa, Ukraine.

5. Kovalchuk, V.G. (2015), "New public management as form of менеджеризму in the modern terms of regional management in Ukraine: the Public management: strategy of reforms 2020", zbirnyk tez XV Miznarodnogo kongresu [Collection of theses of XV Intern. Science. congress], Kharkivskiyi regionalnyi instytut NADU, Kharkiv, Ukraine, pp. 24—26.

Стаття надійшла до редакції 09.02.2017 р.