

## СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

*У статті висвітлено сучасні проблеми системи охорони здоров'я та виявлено провідні причини проблем української охорони здоров'я. Запропоновано комплекс провідних напрямів реформування галузі, впровадження яких сприятиме підвищенню ефективності та зміцненню системи охорони здоров'я України, поліпшить доступність і якість медичної допомоги.*

**Ключові слова:** система охорони здоров'я, якість медичної допомоги, напрями реформування, кадрове забезпечення, інформаційне забезпечення, фінансування охорони здоров'я.

### I. Вступ

Останнім часом Україна послідовно проводить політику демократичних перетворень, побудови громадянського суспільства, запровадження соціально орієнтованої структурно-інноваційної моделі розвитку. Ситуація, яка склалася в сучасній охороні здоров'я України, потребує зміни державної політики і стратегії щодо неї, проведення реорганізації управління в галузі.

Стратегічний розвиток галузі охорони здоров'я ускладнюється асиметрією ринкових відносин у ній. Неспроможність ринку забезпечити збереження здоров'я населення вимагає соціальної активності держави щодо розвитку цивілізованої системи медичної допомоги. Найгостріше проблеми проявляються в гуманітарній сфері, зокрема в галузі охорони здоров'я. Загальні питання теорії формування ринкових відносин у контексті державного управління охороною здоров'я були предметом наукових досліджень таких українських учених: В.І. Агаркова, М.М. Білинської, Ю.В. Вороненка, О.В. Галацана, Б.І. Герасимчука, В.М. Гиріна, З.С. Гладуна, В.І. Євсєєва, Л.І. Жаліло, В.В. Загородного, Б.П. Криштопи, В.М. Лехан, В.Ф. Москаленка, Н.Р. Нижник, Л.А. Пирого, В.М. Пономаренка, Я.Ф. Радиша, І.М. Солоненка, А.В. Степаненко, А.Р. Уваренка, О.І. Черниш, С.В. Шевчука та ін.

### II. Постановка завдання

Метою статті є аналіз проблем української системи охорони здоров'я та розробка пропозицій щодо реформування галузі, що сприятиме підвищенню ефективності та зміцненню системи охорони здоров'я України.

### III. Результати

В Україні не існує чіткого розподілу на служби первинної і вторинної допомоги. До виконання функцій первинної допомоги фактично залучаються всі спеціалісти поліклініки, що призводить до надмірного викорис-

тання спеціалізованої амбулаторної допомоги.

Істотними перешкодами на шляху ефективного використання стаціонарної допомоги є відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від інтенсивності лікування та "жорстка прив'язка" медичних закладів до існуючого адміністративно-територіального поділу.

Структура стаціонарів адміністративних територій з різною чисельністю населення відрізняється мало, в результаті чого більшість з них не завантажені відповідно до функцій, що на них покладаються, і не оснащені необхідним обладнанням, через розпорощеність ресурсів між численними ЗОЗ без урахування обсягу та структури функцій, що вони виконують, та через недостатність фінансових ресурсів для оновлення матеріально-технічної бази ЗОЗ.

Водночас лише кожний п'ятий стаціонар має можливості для цілодобового обслуговування, як через дефіцит спеціалістів відповідного профілю, так і через відсутність необхідного обладнання. В країні практично не розвинені служби відновлювального лікування, паліативної та медико-соціальної допомоги [2].

Межі між вторинним і третинним рівнями стаціонарної допомоги також не чіткі. У великих містах у міських лікарнях нерідко розгорнуті відділення для надання високоспеціалізованої допомоги, які відтягують на себе частину ресурсів, призначених для надання допомоги вторинного рівня. А в обласних лікарнях до 36% госпіталізованих фактично потребують вторинної допомоги, їх лікування в обласних стаціонарах має більшу вартість, ніж лікування в міських або районних лікарнях, і зменшує доступність високотехнологічної допомоги тим, хто її потребує, через завантаженість лікарень непрофільними пацієнтами.

На спадок від радянського періоду у ряді міністерств та відомств залишилися відомчі системи охорони здоров'я для своїх праців-

ників, які не надають повного спектру медичних послуг прикріпленому населенню. Працівники цих відомств мають право отримувати медичну допомогу також і в комунальних медичних установах за місцем проживання, і використовують це право, особливо при гострих станах, що ще більше деформує структуру медичних послуг.

Хоча число приватних медичних закладів в Україні неухильно зростає, їх кількість все ще незначна і вони надають лише близько 1% від загального обсягу медичних послуг. Однією з причин низьких темпів розвитку ЗОЗ недержавних форм власності є недостатність їх підтримки з боку держави. Тому реальна конкуренція між державними та недержавними ЗОЗ практично відсутня, за винятком окремих напрямів діяльності – стоматологія, офтальмологія тощо.

Також існує багато проблем у функціонуванні служби швидкої допомоги, основними з яких є нераціональна мережа за кількістю та локалізацією структурних підрозділів швидкої допомоги (станцій, підстанцій, пунктів тимчасового перебування) та незадовільний стан транспортних комунікацій, що не дозволяє забезпечити дотримання ключового критерію діяльності служби – часу доїзду до хворого/постраждалого в межах 10 хв у місті, 20 хв у сільській місцевості [3, с. 6].

Окрім неефективної інфраструктури якісного надання медичних послуг заважає недосконалість механізмів організації надання та контролю безпеки і якості медичних послуг.

Процеси забезпечення та оцінки якості медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я. У цілому в Україні рівень якості медичної допомоги, за даними експертних оцінок, досить низький. В Україні застосовується комплекс інструментів, спрямованих на поліпшення якості – ліцензування медичної практики, акредитація закладів охорони здоров'я, стандартизація медичної практики тощо. Проте відсутність системи стимулів при використанні результатів ліцензування й акредитації, а також комплектування ліцензійних та акредитаційних комісій винятково органами управління охороною здоров'я сприяло перетворенню цих механізмів на досить формальні інструменти внутрішньовідомчої експертизи.

Методична недосконалість та незавершеність розробки різних інструментів підвищення якості, а головне – формальність їх застосування та відсутність дієвої системи управління якістю із застосуванням відповідних стимулів для медичного персоналу не дозволила отримати стійкі результати щодо поліпшення якості медичного обслуговування в країні.

У державі використовується архаїчна система планування потреб у кадрових ресурсах, у тому числі за окремими спеціальностями, яка ґрунтується на жорстких кадрових нормативах, які, як і структура медичних послуг, міцно прив'язані до показників потужності і мало відповідають реальним потребам населення в різних видах медичної допомоги [3, с. 7–8].

До основних проблем, пов'язаних з кадровим забезпеченням системи охорони здоров'я можна віднести такі:

- потреби в медичних кадрах визначаються за штатними нормативами, жорстко прив'язаними до показників потужності ЗОЗ;
- загроза дефіциту медичних кадрів через відтік медичних кадрів із системи;
- значна нерівномірність розподілу спеціалістів між міською та сільською місцевостями;
- наявність диспропорції в забезпеченості населення лікарями первинної ланки та вузькими спеціалістами, особливо в сільській місцевості: дефіцит лікарів первинної ланки та надлишкова чисельність лікарів-спеціалістів;
- недостатність практичної підготовки фахівців на додипломному та післядипломному етапах, недосконалість системи контролю професійного рівня (атестації) медичного персоналу;
- відсутність дієвої системи підготовки керівних кадрів для органів і закладів охорони здоров'я;
- недостатність умов та стимулів для підтримки професійного рівня в процесі професійної діяльності.

Існують опосередковані дані, що рівень кваліфікації медичного персоналу знижується. На це впливають як недоліки при його підготовці/перепідготовці, так і відсутність позитивних стимулів до якісної роботи.

В Україні інформаційна система в охороні здоров'я функціонує на старих радянських засадах, вона розпорошена і не забезпечує керівників різних рівнів надійною оперативною інформацією.

Проблеми, пов'язані з інформаційним забезпеченням системи охорони здоров'я:

- система індикаторів для характеристики стану здоров'я населення, функціонування системи охорони здоров'я та якості надання медичної допомоги недосконала;
- достовірність інформації в ряді випадків є сумнівною;
- потоки статистичної і фінансово-економічної інформації практично не пов'язані між собою, що утруднює отримання даних про вартість медичної допомоги;
- недосконалість існуючої системи індикаторів для характеристики здоров'я населення та функціонування системи охо-

- рони здоров'я та якості надання медичної допомоги;
- використання в системі різномірних і неліцензованих інформаційних програм;
- низький рівень диференціації інформаційного забезпечення між рівнями управління;
- для отримання інформації про стан здоров'я населення та його зв'язок з детермінантами здоров'я епідеміологічні дослідження практично не застосовуються;
- звітність видається занадто узагальненою і не може ефективно використовуватися для необхідних аналітичних і управлінських цілей [3, с. 8–9].

Лікарські засоби та вироби медичного призначення є невід'ємною складовою медичного обслуговування, від якої значною мірою залежить результативність діяльності сектору охорони здоров'я. Доступність якісних, ефективних і безпечних лікарських засобів – важливий фактор, який визначає доступність медичної допомоги населенню. Організацію медикаментозного забезпечення в Україні можна вважати незадовільною. На сьогодні, коли фармацевтичний ринок насичений лікарськими препаратами, нагальною є проблема економічної доступності ліків. Медикаментозне забезпечення поглинає третину загальних витрат на функціонування галузі.

Система державного регулювання та контролю цін на фармпрепарати не ефективна, про що свідчать такі факти: 1) на вітчизняному ринку частка зарубіжних виробників лікарських препаратів втричі більша, ніж вітчизняних, ціни на ліки яких у декілька разів вищі за вітчизняні аналоги; 2) вітчизняні виробники ліків знаходяться на повному самофінансуванні без будь-яких дотацій та пільг з боку держави; закупівля ліків і їх розподіл у ряді випадків відбувається без урахування реальної потреби в них медичних закладів, як з об'ємів, так і з номенклатури; ціни на препарати, незважаючи на наявність тендерних процедур закупівлі, часто бувають завищеними. Систематичний моніторинг цін і тарифів, забезпечення населення України лікарськими засобами з оцінкою доступності основних лікарських засобів на основі порівняння показників потреби у них при основних захворюваннях з фактичним споживанням ліків відсутній [1, с. 172–174].

Проблеми, пов'язані з медикаментозним забезпеченням системи охорони здоров'я:

- більшість витрат на придбання лікарських засобів покривається населенням;
- неефективність державного регулювання та контролю за цінами на лікарські препарати;
- система закупівель лікарських засобів без урахування реальної потреби в них

медичних закладів, як за обсягом, так і за номенклатурою;

- невиправдана практика заміни дешевих ліків дорогими;
- відсутність сучасної системи управління якістю на всіх стадіях обігу лікарських засобів;
- неефективність системи фармнагляду.

У цілому проблеми доступності, якості та безпеки лікарських препаратів є гострими і вимагають термінового прийняття рішень щодо їх комплексного вирішення [3, с. 10–12].

При вивченні такого структурного елемента систем охорони здоров'я, як фінансування медичного обслуговування, був використаний концептуальний підхід, що широко застосовується останніми роками при аналізі систем фінансування в європейських країнах, коли функція фінансування досліджується диференційовано за основними підфункціями: збір коштів, об'єднання коштів, механізми розподілу коштів, закупівля послуг, надання послуг.

Детальний аналіз дав змогу виявити низку проблем, що супроводжують реалізацію всіх підфункцій фінансування:

- збір коштів відбувається значною кількістю різних інститутів;
- недостатній обсяг бюджетного фінансування;
- надмірні прямі витрати населення на потреби охорони здоров'я;
- надмірна децентралізація та фрагментація фінансових потоків, у тому числі фінансування з державного бюджету паралельних систем охорони здоров'я;
- розподіл фінансових коштів переважно за потужністю ЗОЗ;
- відсутність чіткого розмежування фінансових коштів між первинним та вторинним видами медичної допомоги;
- кошторисне фінансування ЗОЗ практично виключає гнучкість у використанні фінансових коштів.

Кошти системи охорони здоров'я надмірно фрагментовані та розпорошені. Однією з причин цього є те, що у реалізації ідей децентралізації владних повноважень та зміцнення місцевого самоврядування після отримання країною незалежності не було взято до уваги, що об'єднання коштів та ризиків у сфері охорони здоров'я має відповідати потребам сектора в консолідації й у подальшому перерозподілі ресурсів охорони здоров'я між різними групами населення та територіями з метою забезпечення фінансової стабільності та економічної доступності послуг охорони здоров'я для всіх категорій населення. Фінансування з бюджетів різних рівнів одних і тих самих видів медичної допомоги для одних і тих самих категорій населення, що надаються різними за підлеглистю медичними закладами, створює умови

для неефективного використання наявних ресурсів: потужності і робота медичних закладів різного рівня частково дублюють один одного. Існування різних пулів створює перешкоди для раціонального планування та реструктуризації мережі закладів охорони здоров'я, не дозволяє оптимізувати процес надання медичної допомоги та сприяє вживанню неефективних методів надання послуг [2].

Механізми розподілу коштів залишилися незмінними з радянських часів, коли основною метою було формування інфраструктури охорони здоров'я, а не задоволення справедливих потреб населення в медичній допомозі.

Існуюча система фінансування не забезпечує факторів, що стимулюють ефективність дій постачальників послуг і користувачів. Оплата праці медичного й іншого персоналу здійснюється на основі ставок, які практично не диференціюються залежно від спеціальності і характеру виконуваної роботи. У переважній більшості випадків оплата праці персоналу в установах охорони здоров'я здійснюється лише за відпрацьований час, без реального врахування об'ємів, якості та ефективності роботи того чи іншого співробітника. Преміювання і встановлення будь-яких надбавок до зарплати відбувається досить рідко, передусім через дефіцит фінансування, і здійснюється за відсутності чітких критеріїв, що позбавляє більшість працівників стимулів до більш ефектвної та якісної роботи.

Такі рівні оплати праці не можуть залучити і, тим більше, утримати кадри, особливо молоді, в системі охорони здоров'я. В результаті останніми роками формується ситуація, яка характеризується значними масштабами переходу медичних працівників до інших секторів економіки або еміграції, частіше в сусідні європейські країни [2].

Управління є основною функцією і провідним структурним елементом систем охорони здоров'я для знаходження найбільш ефективних механізмів, що забезпечують отримання кращих результатів стосовно охорони здоров'я.

Управління системою охорони здоров'я не обов'язково означає, що всі управлінські функції повинні здійснюватися лише Міністерством охорони здоров'я або урядом країни. Важливу роль відіграють місцеві органи управління, постачальники медичних послуг, пацієнти, працівники охорони здоров'я та інші організації.

У системі управління охороною здоров'я і, особливо, управління її розвитком існує багато проблемних зон:

- відсутність чітких цілей державної політики розвитку системи охорони здоров'я;

- недосконалість законодавчої на нормативно-правової бази для ефективного функціонування системи;
- відсутність чіткого розмежування повноважень у сфері охорони здоров'я між центральними та місцевими органами влади, місцевими адміністраціями та органами місцевого самоврядування;
- недосконалість системи моніторингу стану здоров'я та діяльності системи охорони здоров'я;
- недосконалість системи підзвітності на всіх рівнях управління. Відсутність дієвої системи співробітництва з неурядовими організаціями та іншими заінтересованими структурами за межами системи охорони здоров'я.

Однією з провідних причин є нечіткість і неконкретність цілей, декларативність пріоритетів розвитку. До цього часу не розроблена дієва стратегія охорони здоров'я населення з урахуванням впливу основних детермінантів здоров'я.

Суттєво перешкоджає ефективному функціонуванню і розвитку галузі недосконалість законодавчої на нормативно-правової бази, яка консервує підходи, що склалися ще за радянських часів. Недосконалою є оцінка динаміки стану здоров'я та її зв'язку з діяльністю системи охорони здоров'я.

Обмежує можливості проведення цілеспрямованої політики також відсутність чіткого розмежування управлінських функцій у сфері охорони здоров'я між центральними та місцевими органами влади, місцевими адміністраціями та органами місцевого самоврядування. Зокрема, перетинаються і навіть дублюються повноваження місцевих адміністрацій і органів місцевого самоврядування щодо реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, розвитку мережі та фінансування закладів охорони здоров'я тощо [3, с. 14–16].

В Україні не відпрацьовані механізми взаємодії державних та недержавних структур, залучення представників різних заінтересованих груп до вироблення політики управління охороною здоров'я, що призводить до уразливості рішень, які приймаються стосовно розвитку охорони здоров'я, і заважає надходженню інвестицій у систему.

У цілому система управління охороною здоров'я в Україні є досить архаїчною, недостатньо ефективною і потребує негайної і суттєвої модернізації.

Для поліпшення надання медичних послуг визначення провідних напрямів реформування галузі:

- проведення структурної перебудови системи медичної допомоги, включаючи інституціональне розмежування первинної, вторинної та третинної допомоги, виходячи з потреб населення в різних

- видах допомоги, для раціоналізації та підвищення ефективності використання наявних ресурсів за рахунок концентрації фахівців і обладнання у закладах охорони здоров'я відповідних типів;
- забезпечення пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги з акцентом на її профілактичну складову, швидкої та інтенсивної медичної допомоги;
  - створення мережі закладів для надання первинної медико-санітарної допомоги (центрів ПМСД), які відповідають вимогам фінансової стійкості та ефективної керівності первинної медичної допомоги;
  - створення на обласному рівні єдиної системи надання екстреної медичної допомоги з мережею станцій, підстанцій швидкої медичної допомоги та пунктів тимчасового перебування виїзних бригад ШМД для забезпечення часу доїзду до пацієнта: у сільській місцевості – 20 хв у містах – 10 хв;
  - удосконалення системи транспортних комунікацій, дооснащення санітарним автотранспортом та засобами зв'язку для належного функціонування служб швидкої допомоги [1, с. 176–177].

#### IV. Висновки

Таким чином, надання якісних та адекватних медичних послуг перешкоджають структурна неефективність наявної в Україні системи охорони здоров'я та недосконалість механізмів організації надання та контролю безпеки і якості медичних послуг.

Аналіз ситуації з трудовими ресурсами свідчить, що кадрова політика в системі охорони здоров'я України потребує суттєвого вдосконалення за напрямками: планування потреб та підготовка спеціалістів відпові-

дно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень у галузі, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів; розробка та запровадження комплексу заходів щодо підвищення кваліфікації медичного персоналу; запровадження професійної підготовки керівного складу охорони здоров'я.

У цілому діюча в Україні система фінансування охорони здоров'я не призводить до мобілізації достатніх фінансових коштів для охорони здоров'я, їх ефективного об'єднання та розподілу для того, щоб люди могли користуватися необхідними послугами, та не забезпечує результативного захисту населення від фінансових ризиків, пов'язаних з необхідністю оплати медичних послуг у випадку захворювання, не створює стимулів для ефективного використання ресурсів системи.

#### Список використаної літератури

1. Воробйов В.В. Система державного управління охороною здоров'я / В.В. Воробйов // Митна справа. – 2011. – № 4(76). – Ч. 2. – С. 170–178.
2. Карамішев Д.В. Стратегічні дослідження у державному управлінні системою охорони здоров'я / Д.В. Карамішев [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej2/txts/galuz/05kdvsoz.pdf>.
3. Леха В.М. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко, Л.В. Крячкова, В.Г. Гінзбург // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 5–18.

Стаття надійшла до редакції 10.08.2013.

#### Чорновил Е.В. Современные проблемы развития здравоохранения в Украине

*В статье рассмотрены современные проблемы системы здравоохранения и вызовы для отрасли. Выявлены ведущие причины проблем украинского здравоохранения. Предложен комплекс ведущих направлений реформирования отрасли, внедрение которых будет способствовать повышению эффективности и укреплению системы здравоохранения Украины, позволит улучшить доступность и качество медицинской помощи.*

**Ключевые слова:** система здравоохранения, качество медицинской помощи, направления реформирования, кадровое обеспечение, информационное обеспечение, финансирование здравоохранения.

#### Chornovil O. Current problems of health in Ukraine

*The article deals with current problems of the health system and challenges for the industry. Discovered leading causes of health problems Ukrainian. The complex of the leading destinations reform, the implementation of which will improve efficiency and strengthen the health care system of Ukraine will improve the availability and quality of care. Providing quality and adequate health services hamper structural inefficiencies existing in Ukraine health system and inadequate mechanisms of organization and control of safety and quality of care.*

*Recently, Ukraine has consistently pursued a policy of democratic reforms, civil society, the introduction of socially oriented structural model of development and innovation. The situation that has developed in modern healthcare Ukraine needs to change policy and strategy to it, the reorganization management in the industry.*

*Thus, the provision of adequate and quality health services hamper structural inefficiencies existing in Ukraine health system and inadequate mechanisms of organization and control of safety and quality of care. Analysis of the situation of human resources suggests that HR policy in healthcare Ukraine needs substantial improvement in a number of areas: planning and training needs of professionals in accordance with the health care needs including strategy and the pace of systemic change in the industry, internal and external migration processes and natural outflow of personnel, development and implementation of measures to improve the training of medical personnel, the introduction of training managers of health care.*

*In general, operating in Ukraine health financing system does not mobilize sufficient financial resources to healthcare, their effective integration and distribution, so that people can use needed services, and provides effective protection against financial risks associated with the need to pay for health care in case of illness, does not create incentives for efficient use of system resources.*

**Key words:** *health care, quality of care, direction of reform, staffing, information management, health financing.*