

Михайловська О.В. Формування стратегічних векторів розвитку сфери охорони здоров'я України / О.В. Михайловська // Формування ринкових відносин в Україні: Збірник наукових праць Вип. 10 / Наук. ред. І. Г. Манцуров. – К.: Науково-дослідний економічний інститут, 2013. – С. 45-49.

О.В. Михайловська,

к.е.н., Чернігівський державний інститут економіки і управління

ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЧНИХ ВЕКТОРІВ РОЗВИТКУ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Стаття присвячена сучасним проблемам сфери охорони здоров'я в Україні. Розглянуто та проаналізовано класичні моделі системи охорони здоров'я, процес медичного обслуговування, статистичні показники щодо стану лікарняних закладів та здоров'я населення України. Запропоновані та охарактеризовані основні вектори подальшої стратегії розвитку досліджуваної галузі.

Статья посвящена современным проблемам здравоохранения в Украине. Рассмотрены и проанализированы классические модели системы здравоохранения, процесс медицинского обслуживания, статистические показатели состояния лечебных учреждений и здоровья населения Украины. Предложены и охарактеризованы основные векторы дальнейшей стратегии развития исследуемой отрасли.

The article deals with current issues of the health service in Ukraine. The classic model of the health system, the process of medical care, the statistical indicators of the health facilities and health of the population of Ukraine are reviewed and analyzed. The main vectors of the future strategy of the studied field are proposed and described.

Постановка проблеми. Здоров'я нації – основа державотворення. Воно характеризує соціально-економічне, демографічне, санітарно-гігієнічне, екологічне благополуччя країни, є одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу. Здоров'я, за висловом Платона, існує не саме по собі, а є умовою існування ще більш значущої цінності – життя [1]. Оскільки здоров'я є основним ресурсом держави, тож саме вона повинна забезпечувати право громадян на здоров'я.

Система охорони здоров'я (СОЗ) відіграє надзвичайно важливу роль у забезпеченні життєдіяльності будь-якого суспільства. Вирішення питання якості та ефективності медичної допомоги населенню – це ті завдання, які визначають

національну СОЗ усіх без винятку країн світу, незалежно від політичного та економічного устрою суспільства.

За всі роки незалежності України не вдалося створити ефективну сферу охорони здоров'я. Чинна система викликає справедливі нарікання як з боку населення, так і з боку медичного персоналу. На сьогодні вона не здатна належним чином задовольнити потреби населення в медичній допомозі, забезпечити доступність, якість та своєчасність надання послуг з охорони здоров'я, належний рівень профілактики захворюваності та смертності.

Аналіз досліджень та публікацій. Дослідженню проблем сфери охорони здоров'я присвячено праці вітчизняних учених О. Баєвої, З. Гладуна, Д. Карамішева, О. Корвецького, З. Надюка, Т. Попченко, Г. Слабкого, М. Шевченко та інших. Важливість дослідження наукових підходів щодо різних складових державного регулювання сфери охорони здоров'я відзначають С. Антонюк, І. Бедрик, Л. Буравльов, В. Лобас та інші. Слід відзначити, що досі залишаються невирішеними багато питань формування стратегічних векторів розвитку національної сфери СОЗ.

Мета статті. Метою статі є дослідження існуючих моделей системи охорони здоров'я, аналіз національної СОЗ з подальшим окресленням основних векторів її розвитку.

Виклад основного матеріалу. Охорону здоров'я розглядають як регулювання державою спеціалізованим комплексом організацій, що надають лікувально-профілактичні послуги. Але структура і сутність медицини набагато складніша за просту сукупність спеціалізованих закладів. Головною метою системи охорони здоров'я на сучасному етапі переходу до ринкової економіки є впровадження в практичну діяльність якісно нових моделей інфраструктури й схем управління відповідно до вимог теорії систем менеджменту й реальних умов.

Як зазначають експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я населення – це фактор довготривалого стійкого економічного зростання, підвищення національного доходу, що в свою чергу впливає і на соціальне благополуччя, сприяючи економічному зростанню країни та населення, і на зниження рівня бідності. Саме ступінь орієнтованості держави на покращення здоров'я громадян, удосконалення діяльності охорони здоров'я є одним із основних показників розвитку держави. За умов ефективної організації медичної допомоги сфера охорони здоров'я може забезпечити зменшення загальної смертності у віці до 75 років на 23% у чоловіків, на 32% у жінок, а смертності від серцево-судинних захворювань на 30-40% [2].

Існують класичні моделі систем охорони здоров'я, однак практично в жодній з розвинутих країн СОЗ не представлена у чистому вигляді. Згідно з даними ВООЗ за характером фінансування виділяють чотири основні моделі СОЗ. Однозначних загальноприйнятих назв цих моделей не існує, проте характеристики їх основних параметрів викладаються науковцями в цілому однаково. Це: 1) державна (бюджетна) або система Беверіджа; 2) система медичного соціального страхування, або система Бісмарка; 3) приватна система (ринкова або платна, американська, система приватного страхування); 4) система Семашко (радянська або пострадянська СОЗ) (таблиця 1) [1, 3].

Слід підкреслити, що незалежно від моделі фінансування СОЗ характеризується наступними ознаками: 1) фінансування з трьох основних джерел: відрахування з доходів підприємців, відрахування з державного бюджету та страхові внески населення; 2) фінансування медичної допомоги робітникам, службовцям та членам їхніх родин здійснюється виключно за рахунок підприємства; 3) вільний вибір застрахованими особами лікаря та лікувально-профілактичного закладу, що визначає розвиток конкурентних відносин та сприяє підвищенню якості медичної допомоги та збільшенню уваги до кожного пацієнта; 4) розвинута система добровільного медичного страхування.

У процесі розвитку різні країни і різні суспільства формували власну модель медичного обслуговування та охорони здоров'я з урахуванням своєї специфіки. Існуючі сьогодні СОЗ змодельовані відповідно до однієї або декількох систем, які з'явилися раніше й удосконалювалися протягом відповідного часового періоду.

В Україні протягом років незалежності не була визначена модель фінансування охорони здоров'я. СОЗ продовжує фінансуватися за залишковим принципом, а функціонувати – за затратним [1].

За останні роки питома вага фінансових видатків на СОЗ у загальному обсязі ВВП України значно не змінювалася й становила: 2,8% (2005 р.); 3,3% (2006 р.); 2,9% (2009 р.); 3,64% (2010 р.). У той час як, за висновками ВООЗ, при витратах на охорону здоров'я менш ніж 5% від ВВП вона не здатна виконувати свої функції [4].

За прогнозними даними ВВП України на 2011 р. становить 1253 млрд грн., тоді 5% прогнозованого ВВП складають 62,6 млрд грн., а отже, передбачені проектом бюджету видатки на охорону здоров'я у 22,5 млрд грн. будуть менші від потреби [1, 4].

Слід зазначити, що оцінка ефективності охорони здоров'я носить умовний характер, але вона є важливою складовою порівняння фактичних результатів

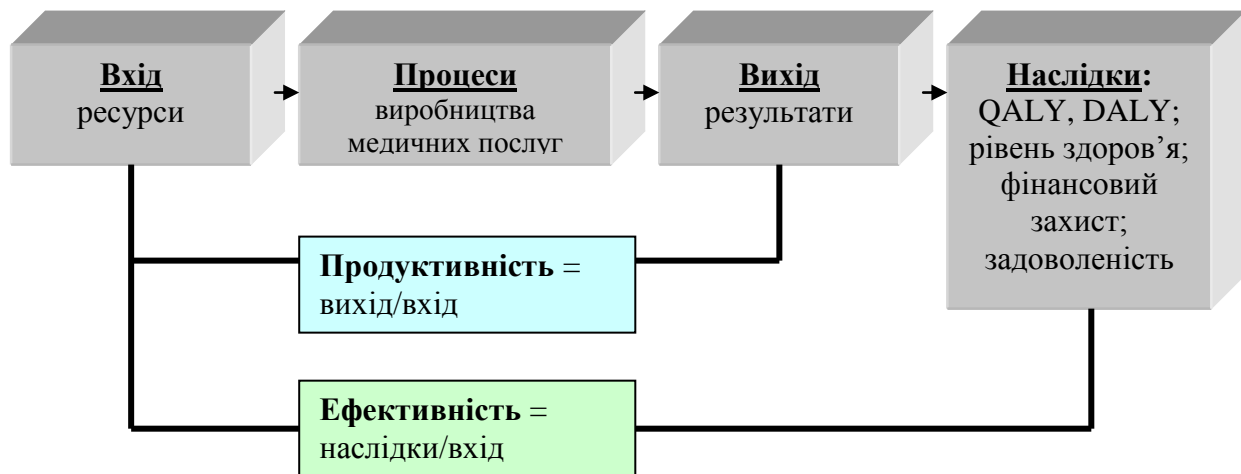
діяльності певної системи з нормативними або з результатами іншої системи. Загальний процес медичного обслуговування можна представити схемою, наведеною на рисунку 1.

Таблиця 1. Моделі систем охорони здоров'я за характером фінансування

Тип моделі	Державна (бюджетна)	Соціально-страхова		Ринкова	СОЗ країн пострадянського простору
Країна	Великобританія, Ірландія, Данія, Португалія, Італія, Греція	Франція, Японія, Бельгія, Швейцарія	Німеччина, Нідерланди, Австрія	США, Маршаллові Острови	Україна
Витрати на СОЗ, % від ВВП	9,8%	6,6–8,5%	11%	15%	2,8–3,5%
Фінансування, (%)	Державний бюджет	ОМС* - 50 ДМС* - 20 Державний бюджет - 10 Особисті кошти - 20	ОМС - 60 ДМС - 10 Державний бюджет - 15 Особисті кошти - 15	Приватне страхування - 40, особисті кошти - 20, програми для людей похилого віку та малозабезпечених - 40	Державний бюджет за залишковим принципом
Контроль за ефективністю витрат	Держава через Міністерство охорони здоров'я (МОЗ)	Приватні страхові фірми та державна організація соціального страхування	Приватні та державні страхові фірми	Страхові фірми	Держава через МОЗ, правоохоронні органи, громадські організації
Доступність медичного обслуговування	Загальна доступність	80% населення охоплене програмами ОМС	90% населення - ОМС, 10% - ДМС, 3% - з них має ОМС і ДМС	Обмежена платоспроможністю пацієнтів, програми для людей похилого віку та малозабезпечених розповсюджуються не на всіх бажаючих	Обмежена платоспроможністю пацієнтів (адже реально пацієнт сплачує і податки, і окремо сплачує за обстеження, купує ліки)
Регулювання цін на медичні послуги	Фінансові кошти розраховуються на основі нормативів, що враховують статево-віковий склад населення	Ціни регулюються урядом, переглядаються 2 рази на рік (і як правило зростають)	Ціни, виражені в «балах», переглядаються при зміні економічної ситуації	Регулювання практично відсутнє. Ціна регулюється в результаті угоди між пацієнтом і страховиком і ЛПЗ	Регулювання практично відсутнє. У приватних клініках пацієнт платить офіційно, а в державних – неофіційно

*ОМС - обов'язкове медичне страхування; **ДМС - добровільне медичне страхування.

Джерело: [1].



Рисунк 1. Загальний процес медичного обслуговування

Джерело: [5].

Сучасний підхід до інтегральної оцінки здоров'я населення також часто пов'язують з *Індексом статусу здоров'я* (американська модель). Мета створення цієї моделі полягали як в розробці узагальнених індексів хворобливості – смертності населення, так і в розробці кількісних методів виміру ефективності різних програм в області охорони здоров'я населення. Основою концепції моделі індексу статусу здоров'я є представлення здоров'я індивіда як сукупності так званого миттєвого здоров'я, що безперервно змінюється, у вигляді деякої величини, яка набуває значень від оптимального самопочуття до максимальної хвороби (смерті) [6].

Стан здоров'я населення України на сучасному етапі розвитку оцінюється як незадовільний, що характеризується високим рівнем загальної смертності (16,3 на 1000 населення), який практично неухильно зростає (за даними Європейської бази даних «Здоров'я для всіх» більш високі, ніж в Україні, стандартизовані коефіцієнти смертності реєструються тільки в Росії, Казахстані та Молдові); низьким рівнем очікуваної тривалості життя (68,1 року, нижче лише в Росії, Казахстані, Туркменістані) і життя без інвалідності (59,2); найвищим у Європейському регіоні природним спадом населення (–5,7 на 1000 населення у 2008 р.); відсутністю ознак подолання епідемій туберкульозу і ВІЛ/СНІДу (захворюваність на туберкульоз перевищує показники в ЄС у 5,3 рази, а смертність від цієї причини – майже у 20 разів; захворюваність на СНІД – у 7,1, на ВІЛ – у 5 разів) [7].

Зазначимо, що до переліку показників, які різнобічно характеризують стан здоров'я населення й підлягають динамічному спостереженню та аналізу, належать захворюваність і поширеність хвороб (табл. 2).

Таблиця 2. Показники стану здоров'я населення України [8]

Показник (на 100 тис. населення)	2005	2006	2007	2008	2009
Захворюваність:	69876,1	68962,8	70605,4	70258,6	71865,4
сільських мешканців	56075,3	56015,1	57513,6	58111,8	59739,8
міських мешканців	76546,1	75156,7	76812,0	76013,1	77528,0
дітей	1251,8	1261,2	1326,3	1333,6	1394,0
Поширеність:	172633,0	174577,5	178773,4	181310,1	184629,7
сільських мешканців	145602,5	148987,8	152933,9	155891,0	160270,0
міських мешканців	185697,0	186818,8	191023,5	193269,2	196005,6
дітей	1797,9	1813,7	1879,6	1885,8	1938,9

Зростання захворюваності серед населення України свідчить про недостатню увагу до проблем охорони здоров'я з боку держави. Аналіз даних Державної служби статистики та МОЗ України [8] доводять, що на початок 2011 р. чисельність населення України становила 45,779 млн. осіб. З 2006 р. по 2010 р. чисельність населення скоротилася на 1,151 млн. осіб, а протягом 2010 року – на 184,4 тис. осіб.

У 1991 р. смертність в Україні вперше перевищила народжуваність. Депопуляція спостерігається також в багатьох інших країнах Європи, однак нашу країну вирізняє масштабність депопуляції та прискорені темпи скорочення чисельності населення (коефіцієнт природного зменшення населення у 2010 р. в Україні становив – 4,4%) [9]. За даними Державної служби статистики та МОЗ України [10] серед причин смерті населення у 2006 – 2010 рр. близько 86% усіх смертних випадків припадає на три основні класи причин смерті: хвороби системи кровообігу, зовнішні причини смерті і новоутворення. При цьому смертність чоловіків від усіх причин у віці 16–59 років майже утричі перевищує жіночу, а від зовнішніх причин смерті – у 5 разів (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл померлих за деякими причинами смерті в Україні у 2007 – 2010 рр. [9]

Рік	Кількість померлих від						
	новоутворень	хвороб, зумовлених ВІЛ	туберкульозу	хвороб органів травлення	хвороб органів дихання	хвороб сечостатевої системи	хвороб системи кровообігу (тис. осіб)
2010	88704 (12,7%)	5430	7661	26820 (3,8%)	19387 (2,8%)	3035	465,0 (66,6%)
2009	88553	5171	8381	30111	21092	3029	460,6
2008	89042	4997	10357	35231	23322	3179	480,1
2007	90030	4541	10506	33595	25075	3295	480,6

Аналіз рівня та динаміки показників смертності від основних хвороб системи кровообігу в Україні значно відрізняється від таких у розвинутих країнах світу. Особливо помітними є відмінності у показниках смертності від ішемічної хвороби серця, а саме рівень смертності українських чоловіків працездатного віку більше ніж у 3 рази перевищує відповідний показник смертності чоловіків у розвинутих країнах.

Аналіз тривалості життя населення України за даними Міністерства охорони здоров'я та Державної служби статистики України [10] свідчить, що хоча з 2006 р. спостерігається тенденція незначного підвищення тривалості життя, але, порівнюючи з аналогічним показником розвинутих країн Європи та світу, середня тривалість життя українців майже на 11 років менша. Серйозне занепокоєння викликає збільшення розриву у рівнях тривалості життя чоловіків і жінок, який у 2010 р. становив 10,5 років (табл. 4).

Таблиця 4. Зміни середньої тривалість життя населення України у 2006-2010 рр. [10]

Рік	Чоловіки			Жінки		
	міські поселення	сільські поселення	всі поселення	міські поселення	сільські поселення	всі поселення
2006	62.94	61.04	62.31	74.14	73.26	73.87
2007	62.61	60.18	61.81	74.08	73.06	73.77
2008	63.13	60.61	62.30	74.31	73.27	73.99
2009	65.18	62.73	64.37	75.21	74.02	74.84
2010	65.35	62.91	64.55	75.42	74.22	75.05

Наголосимо, що в більшості країн з ринковою економікою охорона здоров'я забезпечує функцію виявлення захворювань, їх профілактику та лікування хворих. Науковцями Українського інституту стратегічних досліджень було проведено аналіз стану здоров'я населення, доступності та якості медичної допомоги, профілактичної роботи, ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я та оприлюднені рейтингові оцінки [11], які представлені в табл. 5.

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я довели, що потреба населення в медичних послугах відповідає моделі піраміди. З кожної тисячі жителів протягом місяця 750 мають проблеми зі здоров'ям і тільки 250 звертаються по допомогу до лікаря. З цієї кількості пацієнтів 5 потребують консультації вузького спеціаліста, 9 – госпіталізації і 1 – висококваліфікованої вузькоспеціалізованої допомоги. Всі інші отримують допомогу на рівні лікаря первинної ланки. За такою схемою працює система охорони здоров'я в Європі [12].

У контексті дослідження слід також відмітити основні вимоги до лікарень загального профілю вторинної ланки у Фінляндії, Німеччині та Великій Британії: 1) охоплення населення не менш ніж 100 000 мешканців; 2) проведення не менш ніж 4 000 оперативних втручань на рік; 3) мінімум 400 пологів на рік; 4) медичний заклад повинен знаходитися в 60-70 км від будь-якого населеного пункту району обслуговування; 5) можливості працювати 24 години на добу, 7 днів на тиждень; 6) кількість ліжок визначається на основі епідеміологічних даних в кожному окремому районі охоплення; 7) станції швидкої допомоги, оснащені обладнанням підтримки життєзабезпечення пацієнта, розташовані таким чином, щоб шлях до пацієнта для машини швидкої не перевищував 10-15 хвилин.

Таблиця 5. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, доступності та якості медичної допомоги, профілактичної роботи, ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я АР Крим, областей України з урахуванням показників стану охорони здоров'я в сільській місцевості за оперативними даними моніторингу 2010 року [11]

Рейтингове місце	Адміністративні території	T-показник
1	АР Крим	0,7732
2	Черкаська	0,6955
3	Чернівецька	0,6838
4	Житомирська	0,6747
5	Київська	0,6741
6	Дніпропетровська	0,6662
7	Запорізька	0,6629
8	Харківська	0,6453
9	Миколаївська	0,6453
10	Полтавська	0,6108
11-12	Хмельницька	0,6082
11-12	Донецька	0,5779
13	Сумська	0,5732
14	Луганська	0,5602
15	Івано-Франківська	0,5585
16	Львівська	0,5558
17	Вінницька	0,5225
18	Тернопільська	0,5202
19	Чернігівська	0,5102
20	Рівненська	0,5083
21	Закарпатська	0,5001
22	Херсонська	0,4953
23	Волинська	0,4873
24	Одеська	0,4800
25	Кіровоградська	0,4473

В Україні велика надія на поліпшення здоров'я населення покладається на сімейну медицину, яка впроваджується вже понад 12 років. Досвід багатьох регіонів свідчить, що там, де здійснено перехід на сімейну медицину, загальна захворюваність має стійку тенденцію до зниження. При цьому зростає середньорічна кількість

амбулаторних відвідувань пацієнтами сімейного лікаря і скорочується кількість відвідувань дільничного терапевта. У Німеччині, де пацієнти регулярно звертаються до сімейного лікаря, зменшується кількість абортів. Враховуючи нинішню ситуацію, можна сказати, що впровадження сімейної медицини поліпшить демографічні показники в Україні. Однак упровадження сімейної медицини забезпечить поліпшення медичного обслуговування населення лише за умов, якщо вона буде укомплектована відповідними кадрами та необхідним обладнанням [13].

З огляду на складність системи та процесів, які в ній відбуваються, необхідно окреслити основні вектори стратегії розвитку галузі охорони здоров'я з урахуванням їх триєдності (рисунок 8).

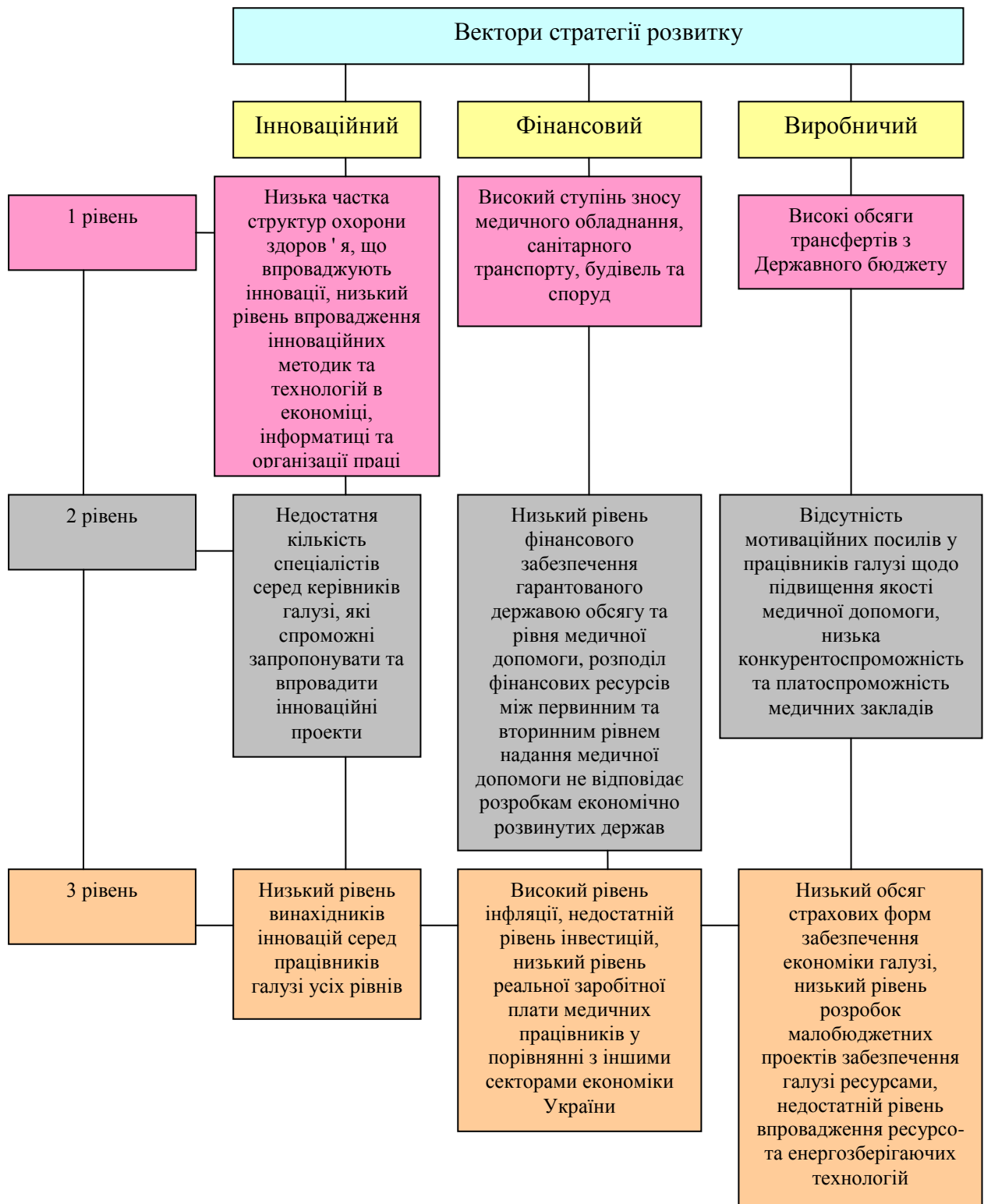


Рисунок 8. Основні вектори стратегії розвитку сфери охорони здоров'я

Зауважимо, що в сучасних національних умовах стан кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я призведе до перевантаження висококваліфікованих спеціалістів, оскільки якість надання медичних послуг турбує кожного громадянина. Водночас це, в свою чергу, призведе до стимулювання підвищення кваліфікації та якості надання медичної допомоги, що носить позитивний характер.

Отже, сфера охорони здоров'я в Україні є багаторівневою функціональною керованою системою, яка складається з багатьох елементів, що взаємодіють між собою і зовнішнім середовищем. Дана система створена й використовується суспільством для здійснення всього комплексу соціальних та медичних заходів, які спрямовані на охорону та зміцнення здоров'я як населення країни, так і кожної людини окремо.

Висновки. На нашу думку, для розвитку медичної науки важливим є постійне сприяння Міністерства охорони здоров'я України, запровадження в практику медичної сфери результатів наукових досліджень, планування яких обов'язково повинно здійснюватися згідно з пріоритетністю, у відповідності до стратегії розвитку медичної науки як на макрорівні рівні, так і з урахуванням галузевих особливостей.

Необхідно наголосити, що національна медична наука повинна мати свій вихід у виробництво конкурентоспроможної вітчизняної техніки, лікарських засобів і виробів медичного призначення. Наукові дослідження повинні бути доцільними, обґрунтованими, ефективними. Необхідно вдосконалювати існуючі інформаційні системи й зв'язки відповідно до сучасних вимог знаннєвої компоненти, оскільки це, безсумнівно, сприятиме переходу сфери охорони здоров'я на якісно новий рівень розвитку.

Література.

1. Михайлович Ю.Й. Європейська перспектива оцінки витрат та рентабельності лікування раку в Україні / Ю.Й. Михайлович, А.В. Гайсенко / Організація протиракової боротьби: Клінічна онкологія. – К.: Національний інститут раку, 2011. – №2(2). – С.4-8
2. Попченко Т.П. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення. – К.: НІСД, 2011. – 41 с.
3. Berrino F., Verdecchia A. et al. (2009) Comparative cancer survival information in Europe. *Europ. J. Cancer*, 45: 901–908 pies. *J. of clin. Oncol.*, 25(2): 191–195.
4. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://www.moz.gov.ua>
5. Петренко О. Система охорони здоров'я України: реалії та перспективи / друга сесія Школи професійної журналістики "Нова Україна" за підтримки Міжнародного фонду «Відродження» (14-18 вересня 2011 року) Київ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до матеріалів: <http://novaukraina.org/news/urn:mediacontent:195524F>

6. Шекера О.Г. Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства». [Електронний ресурс]. – Режим доступу до матеріалів: http://healthy-society.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=693:2011-12-21-07-50-52&catid=36:2011-04-19-08-30-45&Itemid=58

7. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір: В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко / Газета «Новости медицины и фармации». [Електронний ресурс]. – Режим доступу до матеріалів: <http://www.mif-ua.com/archive/issue-11757/>

8. Підсумки діяльності у сфері охорони здоров'я України за перше півріччя 2010 року. – К.: МОЗ України, 2010 – 34 с.

9. Аналіз системи охорони здоров'я в Україні – 2011. Публікація для розгляду Агентством США з міжнародного розвитку. Підготовлена Лізою Тарантіно, Славією Чанковою, Джошем Розенфельдом, Субратою Раут (Lisa Tarantino, Slavea Chankova, Josh Rosenfeld, and Subrata Routh) (Abt Associates Inc) та Елізабет Прібл (Elizabeth Preble) для Проекту Системи Охорони Здоров'я 20/20. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до матеріалів: http://ukraine.usaid.gov/sites/default/files/ukraine_hsa_report_ukr_version_fin.pdf

10. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010-2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава". – К.: МОЗ України, 2011. – 104 с.

11. Слабкий Г.О. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу 2010 року К: МОЗ; УІСД, 2011. – 60 с.

12. Розробка шляхів удосконалення економічного механізму в системі охорони здоров'я. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до матеріалів: http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/socmedic/classes_stud.htm

13. Куценко В.І. Стратегічний напрям розвитку охорони здоров'я в умовах ринкової економіки / В.І. Куценко, Н.П. Руденко / Формування ринкової економіки, 2010. – № 23. – С.223-233