

# ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Леонід Ковальчук

## Реформування системи охорони здоров'я – шлях до підвищення якості медичних послуг

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського"

*Висвітлено недоліки медичної галузі України на сьогодні. Для реформування, структуризації медицини та вироблення концепції розвитку охорони здоров'я в Тернопільській області створено міжвідомчу комісію. Наводиться основний перелік заходів проекту концепції реформування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги. Наголошено на необхідності дотримання особливо важливих постулатів, без дотримання яких неможливе проведення реформ.*

**Ключові слова:** *концепція розвитку охорони здоров'я, рівні медичної допомоги, реорганізаційні зміни, етапність, постулати реформ.*

Сучасний стан здоров'я населення України характеризується несприятливою демографічною ситуацією, високими показниками смертності осіб працездатного віку, скороченням середньої тривалості життя, поширенням алкоголізму, наркоманії, високим відсотком захворюваності на СНІД, ВІЛ-інфекції, зростання захворюваності на гепатит В і гепатит С. Усі ці фактори є

реальною загрозою для розвитку нації і вимагають негайних різнопланових втручань, у тому числі покращення системи організації охорони здоров'я та надання медичної допомоги.

На сьогодні медична галузь має суттєві недоліки:

- відсутність чіткого розмежування завдань первинного, вторинного та третинного рівнів медико-санітарної допомоги і, як наслідок, невиправдане дублювання функцій і завдань;
- недостатнє забезпечення надання невідкладної медичної допомоги;
- погано організована швидка медична допомога;
- нескоординоване управління рівнями медичної допомоги;
- недостатньо розвинута первинна медико-санітарна допомога;
- невиправдано сформовані і неефективно працюючі стаціонари, орієнтовані на виконання плану ліжко-днів;
- недостатнє забезпечення медичних закладів діагностичною і лікувальною апаратурою та обладнанням;
- розпорошеність медичних кадрів, що за рядом позицій приводить до недостатньої кваліфікації;
- недостатнє та неефективно розподілене фінансування;
- порушення 49 ст. Конституції України щодо безкоштовного надання медичної допомоги, яку пацієнти здебільшого оплачують через приховані механізми "спонсорських внесків", імітації "медичного страхування", купівлю медикаментів.

В Україні, а відповідно і в Тернопільській області, склалася парадоксальна ситуація з різким звуженням первинної медико-санітарної допомоги і значним невиправданим розширенням кількості ліжок для надання вторинної стаціонарної медичної допомоги. Ці ліжка забирають загалом більшу частину фінансування, проте виконують функцію з надання медичної допомоги громадянам неефективно, оскільки їх розпорошеність є однією з причин поганого забезпечення ресурсами, відсутності медикаментів і недостатньої кваліфікації медичних кадрів.

Відповідно до рішення Тернопільської обласної ради від 8 грудня 2009 року № 848 створено міжвідомчу комісію з реформування, структуризації медичної галузі та вироблення концепції розвитку охорони здоров'я в Тернопільській області. Комісією сформовано робочі групи, які включали науковців Тернопільського

державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, представників управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, організаторів охорони здоров'я, лікарів різних рівнів медичної допомоги.

У результаті роботи комісії розроблено проект концепції реформування охорони здоров'я Тернопільської області. Розробка проекту концепції включала оцінку реального стану системи охорони здоров'я та вироблення пропозицій щодо покращення діяльності на первинному, вторинному та третинному рівнях.

Первинна медико-санітарна допомога для сільського і міського населення Тернопільської області надається закладами первинного та вторинного рівня, фінансування яких здійснюється за рахунок сільських, селищних, районних та міських бюджетів.

Всього бюджет медичної галузі області, для прикладу, на 2010 рік становив 846 257 600 грн, в тому числі бюджет м. Тернополя — 100 931 800 грн. Серед коштів, які виділяються на охорону здоров'я, 10,79 % витрачається на первинний рівень медико-санітарної допомоги, 54,62 % — на вторинний та 34,59 % — на третинний рівень. Тобто первинна медична допомога, якої потребує більшість населення, отримує найменшу кількість коштів, а фінансування галузі області направлено в основному на спеціалізовану стаціонарну допомогу.

На сьогодні в районах області витрата коштів на вторинну стаціонарну медичну допомогу становить 83,5 % та лише 16,5 % на амбулаторно-поліклінічну і екстрену допомогу на первинному і вторинному рівнях.

На рівні району, який обслуговує в основному сільське населення, потреба у фінансуванні амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги, в тому числі на первинному і вторинному рівнях, становить 50—60 %, екстреної (швидкої) медичної допомоги — 10 % і стаціонарної допомоги — 30—40 %.

У зв'язку з цим, для вирішення завдань наближення медичної допомоги до кожної людини є необхідність створення відокремлених юридичних структур — центрів первинної медико-санітарної допомоги, фінансування яких повинно проводитися із єдиного об'єднаного бюджету району, а у містах обласного значення — міського, і підпорядкування їх відділам охорони здоров'я райдержадміністрацій, міської ради.

Центр первинної медико-санітарної допомоги повинен бути створений в кожному районі області. Центри включають в себе лікарські амбулаторії, амбулаторії загальної практики — сімейної медицини, відділення лікарів загальної практики — сімейної медицини, сімейних лікарів, дільничних лікарів, фельдшерсько-акушерські пункти, фельдшерські пункти та медичні пункти.

Розрахунки показують, що на початкових етапах реформи фінансування центру первинної медико-санітарної допомоги повинно становити 25—35 % від всього об'єму фінансування територіального об'єднання (району, міста), що дасть можливість забезпечити розвиток закладів первинної медичної допомоги.

Основні функції підрозділів первинної медико-санітарної допомоги повинні полягати в:

- наданні невідкладної медичної допомоги населенню;
- проведенні диспансеризації населення;
- здійсненні профілактики захворювань, в тому числі й імунопрофілактики;
- проведенні санітарно-просвітницької роботи;
- забезпеченні виконання лікарських призначень.

У населених пунктах з чисельністю населення до 300 осіб створюються медичні пункти, а з чисельністю населення від 300 до 800 осіб — фельдшерські або фельдшерсько-акушерські пункти. Медичні пункти, фельдшерські та фельдшерсько-акушерські пункти повинні бути переведені в підпорядкування лікарських амбулаторій з фінансуванням з районного бюджету.

Причому медичні пункти, фельдшерські та фельдшерсько-акушерські пункти необхідно розглядати як проміжний етап реформування первинної медико-санітарної допомоги. В кінцевому варіанті структурної організації первинної медико-санітарної допомоги в медичних пунктах повинні працювати помічники сімейних лікарів, а на базі фельдшерсько-акушерських пунктів, які обслуговують 1200 і більше населення, будуть створені амбулаторії загальної практики — сімейної медицини.

Штатний розпис амбулаторії загальної практики — сімейної медицини, в тому числі кількість лікарів, буде залежати від територіально-адміністративної одиниці, на якій розміщена амбулаторія. В дільницю сімейного лікаря може входити декілька медичних пунктів, фельдшерських або фельдшерсько-акушерських пунктів.

В амбулаторії можуть здійснювати свою діяльність лікарі – приватні підприємці, які мають відповідну ліцензію на здійснення медичної практики із загальної практики – сімейної медицини у разі укладення ними договорів з відділами охорони здоров'я райдержадміністрацій про надання населенню первинної медико-санітарної допомоги.

Додатково, крім нормативного, обов'язковим оснащенням всіх амбулаторій загальної практики – сімейної медицини області повинно бути обладнання для ЕКГ-діагностики з можливостями дистанційної передачі результатів ЕКГ у кардіологічний центр університетської лікарні (в майбутньому аналогічні центри будуть створені в лікарнях інтенсивного лікування), зворотним отриманням результатів розшифрування ЕКГ та рекомендацій лікаря-кардіолога. Крім цього, повинно бути технічне обладнання для забезпечення можливості відеоконсультацій лікарів і пацієнтів працівниками університетської лікарні чи лікарні інтенсивного лікування.

Обов'язковим є також встановлення у кожному фельдшерському, фельдшерсько-акушерському пункті та медичному пункті стоматологічного обладнання, передбачивши у визначені дні години прийому пацієнтів закріпленням за дільницею лікарем-стоматологом.

Окремо при амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини, фельдшерсько-акушерських, фельдшерських і медичних пунктах необхідно передбачити наявність житлового блоку зі всіма зручностями: центральне опалення, центральне водопостачання та водовідведення.

Вторинна медична допомога забезпечується на рівні поліклініки (спеціалізована амбулаторна допомога) та стаціонару. У зв'язку з відсутністю чіткого розмежування амбулаторної допомоги на первинному та вторинному рівнях назріла потреба відокремити спеціалізовану амбулаторну допомогу і для її надання створити потужні консультативно-діагностичні центри та оснастити їх сучасним обладнанням. Це дасть можливість суттєво наблизити медичну допомогу до населення, оскільки всі необхідні обстеження і консультації з рекомендаціями подальшого лікування кожен громадянин зможе отримати в межах свого району.

Консультативно-діагностичний центр на першому етапі створюється на базі районної поліклініки в складі центральної районної лікарні. В подальшому він відокремлюється в самостійний заклад з безпосереднім підпорядкуванням відділу охорони здоров'я райдержадміністрації.

Консультативно-діагностичний центр району забезпечить надання кваліфікованої медичної допомоги (вторинний рівень амбулаторно-поліклінічної допомоги) всім жителям відповідного району, консультативно-діагностичний центр в містах з лікарнями інтенсивного лікування — мешканцям району і з окремих видів спеціалізованої допомоги округу.

В містах з лікарнями інтенсивного лікування консультативно-діагностичні центри повинні мати більш дороговартісне обладнання для забезпечення ширшого спектра діагностичних досліджень.

Низька якість та ефективність роботи більшості відділень центральних районних лікарень, відсутність достатньої кількості кваліфікованих фахівців спонукає до суттєвої реорганізації стаціонарної допомоги. Для поліпшення її якості постала необхідність створення на території області госпітальних округів із потужними багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування, в яких буде сконцентровано висококваліфікований кадровий потенціал та матеріально-технічне обладнання. Виходячи із територіального устрою та чисельності населення області, таких округів доцільно створити 5 — Кременецький, Тернопільський, Бережанський, Борщівський та Чортківський госпітальні округи. У структуру кожного округу повинні входити: багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування, консультативно-діагностичний центр, центр первинної медико-санітарної допомоги, станція швидкої медичної допомоги з пунктами швидкої медичної допомоги, пунктами швидкої медичної допомоги тимчасового базування та спеціалізованими бригадами швидкої медичної допомоги, лікарня відновного лікування, хоспіс (заклад для надання паліативної допомоги та психологічної підтримки безнадійно хворим).

Після створення та оснащення багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування необхідно провести диференціацію в наданні медичної допомоги на вторинному рівні, зокрема пере-

вести потік пацієнтів, які потребують інтенсивного лікування, в багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, а центральні районні лікарні перепрофілювати у лікарні для проведення планового стаціонарного лікування з оптимальною кількістю ліжок, визначеною органами місцевого самоврядування, в яких надаватиметься стаціонарна допомога хворим із хронічними захворюваннями, здійснюватиметься проведення повторних курсів протирецидивної терапії або долікування з використанням стандартних схем лікування. Доцільним є те, щоб у структурі лікарні планового лікування створити такі відділення: приймально-діагностичне відділення з палатами інтенсивної терапії, цілодобовим чергуванням лікаря-анестезіолога і сучасною діагностичною базою (рентген, УЗД-діагностика, ендоскопія, кабінети функціональної діагностики, ургентна лабораторія), соматичні відділення для дорослих та дітей.

Для забезпечення своєчасного надання невідкладної допомоги населенню потребує суттєвої реорганізації служба швидкої та невідкладної медичної допомоги. На даний час значні території сільських населених пунктів у районах області перебувають поза межами нормативної потреби в наданні швидкої медичної допомоги. Необхідне збільшення мережі станцій, пунктів швидкої медичної допомоги постійного та тимчасового базування і забезпечення їх відповідним обладнанням і спеціальними транспортними засобами. Відсутня вертикаль управління швидкою медичною допомогою області та регулювання маршрутів машин швидкої допомоги.

В області існує потреба придбання машин швидкої медичної допомоги з розрахунку — одна машина на 5000 населення, з наступним їх систематичним поновленням відповідно до технічного зношення.

Підрозділи швидкої медичної допомоги потрібно забезпечити надійним радіозв'язком і єдиною системою GPS-навігації. Кожна машина швидкої допомоги, крім обов'язкового табельного оснащення, повинна мати апарат ЕКГ з можливістю передачі у відповідний центр даних і отримання висновків та рекомендацій. Працівників швидкої медичної допомоги потрібно забезпечити спецодягом і взуттям на літній і зимовий періоди.

Такі реорганізаційні зміни вимагають іншої структурної організації охорони здоров'я району та системи фінансування.

Внаслідок проведеного реформування в кожному районі необхідно створити відділ охорони здоров'я райдержадміністрації з централізованою бухгалтерією. У підпорядкування відділу охорони здоров'я райдержадміністрації будуть входити як окремі юридичні особи: центр первинної медико-санітарної допомоги, швидка медична допомога, консультативно-діагностичний центр, лікарня планового лікування. Причому центр первинної медико-санітарної допомоги, консультативно-діагностичний центр, лікарня планового лікування будуть отримувати фінансування із районного бюджету. Фінансування швидкої медичної допомоги, лікарень інтенсивного лікування повинно проводитися із обласного бюджету.

Реалізація пропонованої концепції реформування галузі охорони здоров'я в Тернопільській області дозволить:

- досягти підвищення доступності надання медичної допомоги для кожної людини;
- покращити якість надання медичної допомоги населенню;
- структурно розмежувати первинний, вторинний і третинний рівні медичної допомоги шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, високоспеціалізованих консультативно-діагностичних центрів, госпітальних округів, університетської лікарні та їх ресурсного забезпечення;
- покращити матеріально-технічне забезпечення закладів первинного, вторинного та третинного рівнів;
- провести перерозподіл коштів, які витрачаються на охорону здоров'я, відповідно до потреб населення в медичній допомозі;
- об'єднати кошти для надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні району, окремо м. Тернополя, для надання швидкої медичної допомоги, вторинної (лікарні інтенсивного лікування) і третинної допомоги — на рівні обласного бюджету.

Проведення реформ повинно бути поступовим, етапним. На першому етапі необхідно провести:

1. Формування підрозділів центрів первинної медико-санітарної допомоги в регіонах області і м. Тернополі в складі існуючих медичних закладів (юридичних осіб): лікарських амбулаторій; амбулаторій загальної практики — сімейної медицини; ме-



- дичних пунктів; фельдшерських пунктів; фельдшерсько-акушерських пунктів; сімейних лікарів; дільничних лікарів.
2. Формування підрозділів сучасної швидкої медичної допомоги в складі існуючих медичних закладів, медичних об'єднань або відокремлених в окремі юридичні особи: станції швидкої медичної допомоги; пункти швидкої медичної допомоги постійного базування; пункти швидкої медичної допомоги тимчасового базування.
  3. Створення консультативно-діагностичних центрів у районах на базі існуючих районних поліклінік; в м. Тернополі — на базі існуючих лікувально-профілактичних закладів.
  4. Створення відділів охорони здоров'я райдержадміністрацій і централізованих бухгалтерій. Переведення центрів первинної медико-санітарної допомоги, консультативно-діагностичних центрів, лікарень планового лікування в окремі юридичні особи, підпорядковані відділу охорони здоров'я райдержадміністрації.
  5. Реструктуризація та оптимізація ліжкового фонду закладів охорони здоров'я.

На другому етапі доцільним є:

1. Укріплення матеріальними ресурсами, обладнанням і кадрами лікарень інтенсивного лікування, переведення їх в обласне підпорядкування і фінансування.
2. Переведення підрозділів швидкої медичної допомоги в обласне підпорядкування.
3. Переведення медичних пунктів, фельдшерських пунктів, фельдшерсько-акушерських пунктів у підпорядкування лікарських амбулаторій з фінансуванням за рахунок районного бюджету. Поступове переведення ФАПів, які обслуговують 1200 і більше населення, в амбулаторії загальної практики — сімейної медицини.

Після виконання двох перших етапів можна переходити до третього етапу, який включатиме:

1. Переведення стаціонарного вторинного рівня медичної допомоги з районних лікарень в лікарні інтенсивного лікування.
2. Формування лікарень планового лікування з такими відділеннями: приймально-діагностичне відділення з палатами інтенсивної терапії (реанімацією) і цілодобовим чергуванням лікаря анестезіолога-реаніматолога, організацією та оснащенням

необхідних діагностичних кабінетів (рентген, ендоскопія, УЗД, лабораторія і ін.); соматичне відділення для дорослих; соматичне відділення для дітей.

Необхідно наголосити на особливо важливих постулатах, без дотримання яких неможливо провести реформи у системі охорони здоров'я:

1. Реформи потрібно здійснювати лише після того, як буде створено загальний план проведення реформування системи охорони здоров'я в районі (місті), затверджений сесією районної (міської) ради.
2. Слід застерегти, що приступати до третього етапу доцільно поступово і виважено, згідно з планом, розробленим і затвердженим органами місцевого самоврядування, лише після повного і остаточного завершення формування і ефективної роботи підрозділів, передбачених на I і II етапах реформи.
3. Під час проведення реформування основним повинно бути питання не закриття лікувально-профілактичних закладів, а перепрофілювання їх у лікарні відновного лікування, хоспіси або соціальні заклади догляду за людьми похилого віку, потреба в яких є не тільки у міських, але і у сільських населених пунктах, у кожному селі. Такі заклади можуть створюватися як стаціонарного, так і амбулаторного типу для постійного або тимчасового (на осінньо-зимовий період) перебування людей похилого віку.
4. Важливо, щоб в основу проведення реформ бралися потреби людей конкретної громади, конкретного населеного пункту.

Очевидно, що проведені реформи не повинні привести і не приведуть до втрати робочих місць лікарів та іншого медичного персоналу. Лікарі районів, які займались наданням вторинного рівня медичної допомоги в стаціонарах, будуть надавати консультативну і лікувальну допомогу на базі консультативно-діагностичних центрів. Крім того, на базі фельдшерсько-акушерських і медичних пунктів поступово будуть створюватися амбулаторії загальної практики — сімейної медицини і медичні пункти помічників сімейних лікарів, а це ще близько 600 лікарських посад.

Таким чином, в Тернопільській області створений чіткий план реформування медичної галузі, стратегічно визначено мету та шляхи її реалізації. Для здійснення даного проекту потрібна

підтримка місцевих органів влади, професійна воля керівників охорони здоров'я та розуміння медичних працівників і всього суспільства.

## THE REFORMATION OF HEALTH CARE SYSTEM – THE WAY TO IMPROVING OF MEDICAL SERVICES

L. Kovalchuk

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

**Summary.** *The shortcomings of the medical sector in Ukraine today are defined in the article. For reform, structuring and medicine manufacturing concepts of health in Ternopil region was created an interagency commission. We give a list of the main activities of the project concept of the reform of primary, secondary and tertiary level of medical care. The importance of important postulates compliance, without observing that reform is impossible is emphasized.*

**Key words:** *conception of health protection development, levels of medicare, reorganisational changes, stage, postulates of reforms.*