

Олександр Голяченко

## У чім помиляються українські реформатори охорони здоров'я?

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

*Наведено аналіз діяльності медичних закладів України за останні 20 років і принципові положення розвитку української охорони здоров'я за цей період.*

**Ключові слова:** стан охорони здоров'я, реформування.

У № 3 "Новостей медицины и фармации" за 2011 р. опубліковане інтерв'ю І. Акімової "Качество медицинской помощи должно повыситься в ближайшие годы, и это будет связано с изменением системы финансирования здравоохранения" [1].

В цьому інтерв'ю йдеться про реформування системи охорони здоров'я, яка передбачає підвищення якості медичної допомоги покращенням системи фінансування, підвищення стандартів якості всередині самої системи охорони здоров'я і підвищення статусу лікаря. Це має відбутися через три напрямки — зміну мережі закладів охорони здоров'я, зміну системи фінансування і вдосконалення системи контролю якості.

Вважаю некоректним порівнювати забезпеченість ліжками у нас і в країнах ЄС (сумарно). Річ у тім, що навіть в старих членах ЄС забезпеченість ліжками коливається в 2 рази, а з врахуванням



нових — і того більше. Вже багато років як їхні ліжка поділяються на гострі, спеціалізовані, для догляду. В деяких країнах ліжка для догляду (так звані хоспіси) не входять в охорону здоров'я, а рахуються за іншими відомствами. Те ж стосовно кадрів: середній показник — 31, а крайні 15-40. До того ж вони розрізняють лікарів — які займаються обслуговуванням хворих та інших категорій. Все це свідчення того, що в кожній країні охорона здоров'я неповторна. Візьміть США і Канаду, говорять однією мовою, а охорона здоров'я протилежна — страхова і державна тощо. Тут зразу скажемо і про фінансування. В країнах ЄС наводиться показник 7, а у нас 4 % ВВП. В 2007 р. Інститут стратегічних досліджень МОЗ України навів цифри: ЄС — 8,84 %, Україна — 3,64 %. Надалі в Україні показник коливався: 2008 — 3,2, 2010 — 4,2, 2011 — буде нижчий 4. В країнах ЄС він має постійну тенденцію до зростання і в середньому вже перейшов 9 %, у США — 15 %, на Кубі — 20 %. Наші 4 % — єдина за роки незалежності цифра [2].

Здоров'я населення і той факт, що в нас смертність вдвічі вища порівняно з Європою (в працездатному віці вчетверо вища), треба ставити на перше місце. У нас смертність вдвічі вища не тому, що ліжок багато, а ліжок більше тому, що смертність вища, хоча медична допомога в кращому випадку лише на 10 % впливає на смертність. На смертність впливають інші чинники — валовий дохід на 1 члена суспільства, спосіб життя людей, їхня поведінка (до речі, всі ці питання стоять за рамками реформи).

На кадри і ліжка впливає захворюваність людей. Вона у нас росте на 3—4 % в рік. З 1990 до 2010 рр. загальна захворюваність в країні зросла з 1104,76 на 1000 населення до 1867,80, або на 63,6 %. Цей фактор виявився більш вагомим, ніж скорочення людей (на 7 млн), а тому потреба в меддопомозі виросла. Захворюваність і далі буде рости, враховуючи подальше постаріння людності і вкрай негативні умови та спосіб їхнього життя. Як довго буде зростати захворюваність і смертність людності, скільки нас буде в 2020 році (52 млн, як пообіцяв президент Янукович, чи 42 млн (за прогнозами ООН)? Це ключові питання, від яких залежить майбутнє охорони здоров'я.

“Оставляют огромное количество практикующих хирургов, у которых, по сути, нет надлежащего опыта, либо концентрировать в конкретных местах высокоспециализированную медпомощь, где она будет соответствовать стандартам качества? Ответ очевиден”



(із інтерв'ю). А мені неясно, чи мова йде про скорочення "огромного количества практикующих хирургов" чи про щось інше.

*Країна потребує щороку 50 тис. операцій аортовінцевого шунтування, в 2010 р. зроблено 1022. Хірурги є, а робити їм нічого, бо операція коштує 30–100 тис. гривень.*

Якість медичної допомоги — це синонім її вартості. "Соответствовать стандартам качества" — це, за І. Акімовою, ведення клінічних протоколів. Що-що, а лікарі наші писати вміють. Протоколи будуть в порядку. Звичайно, це має значення, але вельми другорядне.

"Понятно, что более качественную помощь оказывает тот специалист, который больше оперирует." 10 — 15 операцій на місяць — це середній показник, але він зовсім не означає, що всі виконують по 10 — 15 операцій. Зав. відділенням робить 200 — 300 операцій на рік, а інші йому асистують, тобто вчаться. На жаль, наша система медичної освіти коротша за зарубіжну, випускає слабко підготовленого фахівця, тому вчитись йому доводиться на практиці.

За роки незалежності в країні вже відбулись кардинальні зміни в системі охорони здоров'я. Число ліжок зменшилось з 671 096 до 397 167, або на 69 %, число середнього медперсоналу скоротилось з 638 700 до 430 821, або на 48,3 %, число лікарів — з 208 805 до 199 725, або на 4,4 % (система МОЗ України). Число ліжок зменшилось в дільничних лікарнях в 3,5 раза, вони стоять на грані зникнення (де будемо хоспіси відкривати), в центральних районних лікарнях — на 55,2 %, в обласних лікарнях і диспансерах — на 31,6 %. Все це відбувалось волонтаристським шляхом, без наукового обґрунтування. Була допущена глибока деформація ліжкового фонду, співвідношення лікарів до середніх медичних працівників знизилось з 3,1 до 2,1 і продовжує падати. Число лікарів в Чернівецькій області переважає штатний розпис на 9,3 %, а в Кіровоградській області не вистачає 33,2 % лікарів. Чому так відбулось? Хто відповість на ці питання? При МОЗ України є Інститут стратегічних досліджень, але він тулиться в орендованих приміщеннях якоїсь медико-санітарної частини на околиці Києва. Його директор проф. Г. Слабкий (до речі із Донецька) вже 10 років живе в гуртожитку.

В 2010 р. в двох пілотних регіонах — Донецькому і Вінницькому — асигнування на охорону здоров'я ... скорочено (?!). На цьо-



му можна було б закінчити розмову про експеримент, бо всі наші міркування мають теоретичний характер. Замість того, щоб збільшити фінансування пілотних регіонів в 3-4 рази, фінансування зменшили, цим самим демонструючи напрям майбутніх перетворень. За що людям така кара? В таких умовах постатейне бюджетне фінансування чи програмно-цільовий підхід різниці не мають. Перевага програмно-цільового фінансування буде тим відчутнішою, чим більше коштів буде виділятися на охорону здоров'я. Але чим більшим буде фінансування, тим вагомішим стає співвідношення факторів медичного виробництва. Радянська медицина збільшувала лише кадри, на які виділяла до 60 % усіх коштів, на все інше разом йшло 40 %, з них на придбання обладнання — 3 %. Утворився колосальний розрив між кадрами (яких є достатньо) і їх озброєнням, яке виглядає непристойно, і чим нижчий рівень, тим гірша ситуація. "Деньги распылены по слишком большому количеству учреждений здравоохранения." 23 — 24 жовтня 2008 р. відбувся IV з'їзд соціальних гігієністів і організаторів охорони здоров'я України, на якому Президент В. Ющенко дві години критикував Ю. Тимошенко і, між іншим, обгрунтував тезу про надмірне фінансування охорони здоров'я і нераціональний розподіл коштів. Це в той час, коли він і так звана еліта лікуються за кордоном.

В результаті аналізу історичного розвитку власної системи охорони здоров'я я дійшов висновку, що розірвати хибне коло радянської системи можна, забезпечивши пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги і технологічне переозброєння галузі.

Із інтерв'ю випливає, що у нас забезпечення сімейними лікарями становить 75 %. Якщо рахувати дільничних лікарів і т. з. сімейних, то їх досить, а якщо брати т. з. сімейних, то їх ледве третина до норми. Причому я пишу так звані сімейні, бо вони не можуть забезпечити 90 % усієї допомоги ні за своєю підготовкою (не забезпечують своєї частки хірургічної, очної, лор, гінекологічної та інших видів допомоги), ні за своїм оснащенням. Це найбільша проблема реформування нашої охорони здоров'я. У нас було 24 тис. дільничних лікарів. Можна поміняти вивіски на їхніх кабінетах (так до цього часу робилось), а можна зробити їх справжніми сімейними лікарями. Але маємо вирішити проблеми: 1) як 15 тис. дільничних тера-



певтів навчити педіатрії, а 9 тис. педіатрів навчити терапії; 2) як їх усіх разом навчити певного (досі чітко не окресленого) обсягу хірургічної та інших видів допомоги, які тепер розпорошені по численних спеціальностях. Сімейні лікарі залишаються сидіти в поліклініках, спираються на їх діагностично-функціональні можливості. Нічого не зміниться, крім вивіски.

На мій погляд, тут треба дві речі. По-перше, сучасних дільничних терапевтів і педіатрів після 40 років переробляти на сімейних запізно. Лише у випадку особливого бажання можна на це йти. Треба послідовно (не за 2 роки експерименту) йти на створення цієї головної ланки охорони здоров'я. Побудувати сімейні амбулаторії, оснастити їх за останнім словом техніки і садити туди сімейного лікаря, відповідно підготовленого і навченого (у мене питання, чому наші вищі досі приймають студентів на педіатричні факультети ?!).

"Винницкая область меньшая, преимущественно сельскохозяйственная, Донецкая область большая, промышленная", — це з інтерв'ю І. Акімової. Ці області абсолютно однакові (25,4 тис. км кв. — Вінницька і 25,5 тис. км кв. — Донецька). Різниця в іншому. За роки незалежності Вінницька область втратила 280 тис. людей (14,7 %), Донецька — 940 тис. (17,5 %), або майже мільйон мешканців. Загальна захворюваність людності за цей період зросла з 1181,56 до 1810,5 в Донецькій, або на 53,2 %, і з 1228,54 до 2228,3 у Вінницькій (81,4 %). Це ще одне підтвердження, що не можна пов'язувати ліжко-місця і здоров'я населення, як і те, що проблеми здоров'я в обох областях є різними і вимагають більшого числа ліжок порівняно з Європою.

Хто побудує сімейні амбулаторії? Я гадаю, що в Донецькій області це має зробити Р. Ахметов. В той час, як майже на мільйон зменшилась чисельність людності, він побудував в Донецьку стадіон за майже 0,5 млрд доларів США і утримує донецький "Шахтар" за 60 — 70 млн щороку (куди входять в основному іноземці). А скільки він побудував сімейних лікарських амбулаторій (?!), де б могли отримувати допомогу він і його сім'я. Не скажу за Вінницьку обл., скажу за Тернопільську. У нас мільярдерів, які б за один рік, згідно з журналом Forbes, збільшили свої статки за рік на 10 млрд доларів (це два річних бюджети охорони здоров'я), немає. Є інше. В м. Тернополі (230 тис. жителів) за 20 років незалежності побудовано більше 80 церков, різних конфесій, які живуть у мирі і злагоді. Церква Київського патріархату, куди



ходить моя сім'я, освоїла уже 25 млн гривень. Під час місцевих виборів, куди пішли сотні мільйонів гривень, один з претендентів на міського голову, власник фірми "Тернопільбуд", заявив на бігбордах, що він виділив 950 тис. на церкву. Зразу до нього звернулись власники ваучерів, де їхні дивіденди, агітацію моментально було знято. А сучасних сімейних лікарських амбулаторій за роки незалежності в місті побудована 1 (одна). Як переконати громадськість міста, що кошти треба вкладати не тільки в церкву, а й близькі їм по духу сімейні лікарські амбулаторії? Ось питання, на яке має відповісти "Свобода", яка завоювала більшість в міській раді. В області приклад подав медичний університет, організувавши три зразкові навчально-практичні центри первинної медико-санітарної допомоги на базі медичних амбулаторій.

"... в 2007 г.... уже была заложена идея распределения медицинской помощи на уровне. Но она не была осуществлена". Це наївне твердження. Трирівнева система організації медичної допомоги була створена в кінці 40-х років ХХ сторіччя і весь час розвивалась. Дільничний лікар, як перший рівень цієї системи, мав забезпечити подальший рух пацієнтів. Але озброєний фонендоскопом і апаратом для вимірювання кров'яного тиску, він і перетворився в лікаря-диспетчера, який замість того, щоб надавати до 90 % всієї допомоги, знизив її до 5 % у місті і 20 % на селі. Наш пацієнт, згідно з законодавством, має право вільного вибору лікаря, і він буде минати такого дільничного (сімейного) лікаря і йти далі.

Вперше за 150 років принцип доступності поступився принципу зайнятості "огромного числа практикуючих хірургів". Інтенсивна медична допомога, як це не дивно, суттєво віддаляється від населення. Правда, цей недолік має компенсувати адекватний розвиток швидкої допомоги. На кафедрі щойно виконана дисертаційна робота з організації швидкої допомоги сільському населенню. Ось її основні теоретичні положення.

За останнє десятиріччя частота звертань мешканців Хмельницької області по швидку медичну допомогу зросла з 223,8 до 288,9 на 1000 нас., або на 29,1 %. Цей ріст був обумовлений двома причинами – раптовими захворюваннями і нещасними випадками, отруєннями і травмами.

Жителі міст протягом досліджуваного періоду в 1,3 – 1,6 раз частіше користувались швидкою медичною допомогою порівня-



но із жителями адміністративних сільських районів. У свою чергу, коефіцієнт співвідношення викликів між окремими районами коливався на рівні 4-х разів.

Основними захворюваннями, з приводу яких сільські жителі викликають швидку медичну допомогу, є хвороби системи кровообігу, на частку яких припадає від третини до 40 % усіх викликів, з яких від половини до двох третин складає гіпертонічна криза. Жителі т. зв. непунктових сіл в 10 разів рідше користуються цією допомогою порівняно із жителями районних центрів.

Основними місцями, де надається швидка медична допомога сільському населенню, є: вдома у пацієнта (на рівні 50 %) і в стаціонарі (25,8 – 43,3 %). Більше третини усіх викликів швидкої медичної допомоги здатен забезпечити сімейний лікар, при цьому ця частка збільшується із зростанням віку пацієнтів. В районних центрах частка роботи швидкої медичної допомоги, яка може бути передана сімейному лікарю, складає 40 %, в пунктових селах – 36 %, а в непунктових – 16,3 %.

Організаційними орієнтирами для вдосконалення швидкої медичної допомоги сільському населенню слід вважати такі: число викликів на 1000 населення – 165 – 170, максимальну віддаленість населення від підрозділу ШМД – 10 км, річне навантаження на бригаду ШМД – 3500 – 4000 викликів.

Вартість одного виклику швидкої медичної допомоги, який надається поза межами стаціонару, склала  $(59,7 \pm 4,5)$  –  $(64,2 \pm 4,6)$  грн; в стаціонарі –  $(240,4 \pm 13,2)$  –  $(244,2 \pm 15,4)$  грн.

Вартість виклику швидкої медичної допомоги, який надається поза межами стаціонару, в непунктових селах в 2,3 раза вища порівняно із аналогічним викликом в пунктових селах і в 1,8 раза порівняно із районним центром; стосовно викликів, які закінчуються стаціонарним лікуванням, ці цифри складають, відповідно, 40,9 і 25,7 %.

Перерозподіл функцій швидкої медичної допомоги між сучасними підрозділами цієї служби і сімейним лікарем дав би економічний ефект в розмірі 2725,85 грн на 1000 населення.

Це теорія, а ось практика. Дзвонить мені М. Герасимчук, колишній комсорг класу (я був старостою) і каже – помер чоловік. Живе вона в містечку (районному центрі) за 500 метрів від відділення швидкої допомоги. Чоловіку заболіло серце о 5 год ранку. Подзвонила на швидку допомогу. Машини не було, потім не



було бензину, потім говорили по телефону, як надавати допомогу. Швидка приїхала о 9 год, через 4 години і констатувала смерть.

У 2010 р. вимер 184 401 мешканець України проти 180 750 в 2009-му.

**Висновки:** 1. Реформа охорони здоров'я в Україні побудована не на глибокому вивченні власного історичного досвіду, а на запозиченні окремих положень із досвіду Люксембургу, Франції, США та інших країн за принципом, що нам вигідно. Грунтуючись на такому запозиченні, досі здійснено деструктивні реформи в охороні здоров'я, які погіршили здоров'я люду.

2. Зроблено хибний висновок стосовно пріоритетів реформ. Замість першочергового реформування первинної ланки і технологічного переозброєння, акцент робиться на вторинній ланці, в основу якої покладено не принцип доступності, а зайнятість медичних працівників.

3. Замість формули — брак коштів і їх нераціональне використання — висунута формула: нераціональне використання коштів. Якість медичної допомоги — це синонім її вартості — не знайшла відгуку в реформаторських планах. Замість різкого збільшення коштів, прагнуть на реформі зекономити. "Грустно на этом свете жить, господа".

4. Депопуляція української люду триває.

### Література

1. Акимов И. Качество медицинской помощи должно повыситься ближайшие годы, и это будет связано с изменением системы финансирования здравоохранения / И. Акимов // Новости медицины и фармации в Украине. — 2011. — № 3. — С. 2 — 4.
2. Статистичні довідники МОЗ України про стан здоров'я населення та діяльність медичних закладів за 1990 — 2010 рр.

## WHAT ARE UKRAINIAN REFORMERS OF HEALTH PROTECTION WRONG IN?

O. Holiachenko

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

*Summary.* The analysis of activity of medical establishments of Ukraine is resulted for the last 20 years and of principle positions of development of Ukrainian health protection for this period.

**Key words:** state of health protection, reformation.