

ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКИХ МЕХАНІЗМІВ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Соккер К. Є., Коноваленко М. К.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
management@nuph.edu.ua

Одним із факторів сталого розвитку України є забезпечення належного стану здоров'я її громадян. Фармацевтичний сектор України має значні можливості для ефективної діяльності лише за умови створення й реалізації нових підходів і нової філософії, спрямованої на поліпшення обігу лікарських засобів в країні. На думку ряду посадових осіб, науковців і практиків фундаментом майбутньої вітчизняної фармації має стати Концепція розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України. Таку ж думку підтримують провідні фахівці України, які відзначають, що становлення ринкової економіки України можливе лише за умов ефективно продуманого механізму державного регулювання процесів економічного і соціального розвитку. Всі ці та інші тенденції призвели до необхідності удосконалення державної стратегії розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України. Вирішення сучасних проблем розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я є дуже актуальним, що і визначило тему дослідження, її мету і головні завдання.

Недосконалість та не адаптованість до ринкових реалій організаційно-управлінських механізмів системи охорони здоров'я спричинили такі наслідки.

1. Недосконалість структурно-організаційної структури системи охорони здоров'я. В Україні, окрім системи охорони здоров'я, що знаходиться у віданні Міністерства охорони здоров'я України, існує низка паралельних медичних служб систем міністерств та відомств (а саме – 14), на фінансування яких витрачається 42,3 % видатків на охорону здоров'я з державного бюджету. Наявність відомчих систем охорони здоров'я також обумовлює

підтримку дублюючих потужностей медичних установ і, відповідно, неефективне використання державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я.

2. Нераціональне використання наявних ресурсів:

– дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги. Таке дублювання виявляється в концентрації високоспеціалізованих медичних установ на певній адміністративній території. В медичній сфері склалась критична ситуація з кадровим забезпеченням, особливо це стосується первинної ланки системи охорони здоров'я. Так, центральні районні лікарні Херсонської області укомплектовані лише на 66,0 %, Запорізької – на 67,2 %, Миколаївської – на 68,8 %, Харківської – на 69,5 %; дільничні лікарні Донецької області укомплектовані на 50,0 %, Житомирської – на 61,0 %, Рівненської – на 61,4 %; сільські лікарські амбулаторії Житомирської області укомплектовані на 45,3 %, Чернігівської – на 53,3 %, Херсонської – на 53,7 %. 6 дільничних лікарень в Україні функціонують без лікарів (основних працівників) (4 – у Чернігівській області, 2 – в Кіровоградській). 422 лікарські амбулаторії функціонують без лікарів (основних працівників) (28 – у Житомирській області, 37 – в Одеській, 38 – в Дніпропетровській, 47 – в Чернігівській);

– відсутність системи маршруту пацієнта від лікаря первинної ланки (лікаря-терапевта, педіатра, сімейного лікаря). Пацієнти, як правило, самостійно звертаються безпосередньо до лікарів-спеціалістів, що, з одного боку, створює умови для зловживань в медичній сфері, а з іншого – надмірний, переважно необґрунтований попит на спеціалізовану (більш витратну) медичну допомогу та госпіталізацію. Так, за даними фахівців, від 30 до 50 % пацієнтів в Україні госпіталізується необґрунтовано;

– відсутність чітких механізмів контролю та підзвітності. Це призводить до непрозорих тендерних закупівель, нераціонального розподілу й використання придбаного обладнання. За даними Рахункової палати, 12 % прид-

баного обладнання для надання екстреної допомоги місцеві органи охорони здоров'я передали до однопрофільних лікарень, що не забезпечують надання такої допомоги. При цьому Міністерство охорони здоров'я закупило 8809 од. обладнання і одну тис. автомобілів за завищеними цінами в австрійській компанії Vamed Engineering GmbH & CO KG, збільшивши цим майбутні бюджетні витрати на 7,1 млн. євро. При цьому 1 тис. автомобілів не було внесено до Держреєстру медтехніки та медичного призначення, що відповідно до вимог українського законодавства зумовило необхідність додаткових витрат на сплату митних зборів і ПДВ у сумі 37 млн. грн.;

– відсутність системи чіткого розподілу первинної і вторинної ланок медичної допомоги. Наприклад, чисельність стаціонарів в Україні більше ніж вдвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості медичних послуг.

3. Низька доступність якісних послуг з охорони здоров'я: диспропорція в забезпеченні якісними послугами з охорони здоров'я сільського і міського населення України; відсутність безпосереднього зв'язку, заснованого на принципах постатейного кошторису фінансування громадських медичних закладів, з обсягами та якістю наданих послуг.

4. Низька якість кадрового забезпечення системи охорони здоров'я: відсутність зацікавленості дільничних лікарів, праця яких оплачується за ставками і не залежить від якості їх роботи та обсягу наданих послуг, у підвищенні своєї кваліфікації; негативний кадровий баланс.

Таким чином, вітчизняна система охорони здоров'я характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю та деформованістю структури медичних послуг. Це сприяє загостренню проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи, та вимагає реформування системи охорони здоров'я таким чином, щоб, з одного боку, забезпечити зростаючу потребу населення у медичній допомозі, а з іншого – стримувати зростання витрат на охорону здоров'я.