

Досвід та проблеми впровадження сімейної медицини в постсоціалістичних країнах

Experience and problems of implementation of family medicine in post-socialist countries

I.В. Чопей

Ужгородський національний університет, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород.

РЕЗЮМЕ

Досвід медичних страхових організацій, що надають медичні послуги на основі принципів сімейної медицини показує величезні потенційні можливості для оптимізації системи охорони здоров'я через сімейних лікарів, що працюють як фондоутримувачі. Досвід підготовки фахівців охорони здоров'я, зокрема сімейних лікарів на кафедрі післядипломної освіти вимагає подальшого вдосконалення підготовки кадрів у прикладних питаннях правового, фінансового та економічного характеру, які забезпечують роботу фахівців сімейної медицини в умовах розвитку ринкової економіки та медичного страхування. У цій статті показані величезні можливості для оптимізації фінансово-господарського стану системи, а також медичної структури та мережі, які включені в плани створення медичних страхових організацій, що працюють на засадах сімейної медицини та організовані сімейними лікарями. У зв'язку з цим, дуже важливо забезпечити персонал таких медико-страхових організацій, що мають відповідну підготовку в правових, фінансових та економічних питаннях. Особлива увага повинна бути приділена підготовці адміністраторів та менеджерів сімейної медицини в юридичних та економічних питаннях.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: охорона здоров'я, сімейна та страхова медицина

SUMMARY

The experience of medical-insurance organisations that provide medical services basing on family medicine principles (HMO-type organizations) shows huge potential opportunities for optimization of health care systems through family physicians operating as fundholders. The experience of training of health care specialists, in particular, family physicians at the Department of Post-Graduate Training calls for further improvement of the training in applied issues of legal, financial and economic nature that provide work of family medicine specialists under the conditions of market economy development and health insurance, in particular. In this article shows huge opportunities for optimization of financial and economic provisions of the system, as well as medical and report facility structure and network that are included in the plans of establishment of medical-insurance organizations working on the principles of family medicine and organized by family physicians. In this regard, it is very important to provide personnel of such medical-insurance organizations with appropriate training in legal, financial and economic issues. Special attention should be paid to the training of facility administrators and managers of family medicine subunits in legal and economic issues. As this is one of the milestones of their work.

KEY WORDS: family medicine, family and insurance health care, reform of system of public health services, management-prophylactic establishment of family medicine

Wiad Lek 2014, 67 (2), cz. II, 148-153

ВСТУП

Десятиліття, що минули після розпаду соціалістичного табору, принесло серйозні політичні і соціально-економічні зміни в усі сфери життя постсоціалістичних країн. Системи охорони здоров'я колишніх соціалістичних країн у тій чи іншій мірі піддалися реформуванню. У даний час з'явилася можливість оцінити хід цього процесу, його успіхи та помилки, і визначити напрям майбутньої роботи. Фінансування охорони здоров'я колишніх соціалістичних країн (як країн центральної і східної Європи, так і країн колишнього

СРСР) на самому початку перехідного періоду піддалося істотним перетворенням. У більшості країн метою цих перетворень була заміна централізованої системи Семашко на децентралізовану договірну систему, що створювалася за зразком західноєвропейської Бісмарковської системи [1, 2].

Правова реформа не завжди поспівала за ходом перетворень, у результаті в деяких країнах вони цілком чи частково провалилися. Колишні соціалістичні країни опинилися в надзвичайно важких, незвичних для них умовах, не вміючи не тільки отримувати кошти, але і правильно їх

використовувати, не маючи ні адміністративного апарата, ні технічних можливостей, необхідних для нормальної роботи системи охорони здоров'я [3].

Метою роботи була оцінка основних переваг переходу до страхової медицини, проблем пов'язаних з впровадженням сімейної медицини, а також вивчення факторів і умов, що сприяють чи перешкоджають здійсненню цих реформ.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано стан охорони здоров'я за 20 років реформ у деяких постсоціалістичних країнах. Було звернуто увагу на такі ключові питання як складності у фінансуванні охорони здоров'я, координація медичного обслуговування, підвищення якості медичної допомоги, зв'язок з населенням і розвиток суспільної охорони здоров'я [1, 3, 4, 5].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ОБГОВОРЕННЯ

На першому етапі реформування велика увага була приділена такому ключовому питанню, як фінансування охорони здоров'я. Фінансування має на меті концентрацію фондів і їхній розподіл як плати за виконувани послуги. У більшості країн реформа була спрямована на перехід від централізованого державного фінансування (модель Семашко) до децентралізованого обов'язкового медичного страхування, що складає основу прийнятої в Західній Європі моделі Бісмарка. У результаті змінилися шляхи концентрації фондів і були створені нові принципи оплати медичних послуг. Зміни, що відбулися, спрямовані на економію засобів, підвищення економічної і соціальної ефективності і усунення недоліків попередньої системи. Цей перехід часто здійснювався на тлі серйозних соціально-економічних потрясінь. Опинившись у нових умовах, охорона здоров'я колишніх соціалістичних країн і зіткнулося зі зменшенням фінансування в цілому і складностями при нагромадженні і розподілі фондів.

З нагромадженням фондів зв'язані три важливих питання. По-перше, при реформі фінансування охорони здоров'я багато країн зіткнулися з неефективністю системи медичного страхування. Незважаючи на перехід до страхової медицини, велику роль у фінансуванні часто продовжують грати податкові надходження. В даний час нагромадилося достатньо даних з цього питання. Причинами неефективності страхування виявилися важке економічне становище країни, фінансування охорони здоров'я за рахунок прямих платежів і податків, безробіття, відхилення від податків і інших виплат, забарництво, відсутність переведення засобів з податкових надходжень і фондів соціального забезпечення.

По-друге, економічна ефективність прямо пов'язана з визначенням обсягу медичної допомоги. При загальному праві на медичну допомогу не можна забезпечити фінансування будь-якої необхідної медичної допомоги, і багатьом країнам довелося відмовитися від такої практики. Щоб сягти раціональної витрати засобів і забезпечити медичною допомогою найбільш бідні шари населення, може знадобитися обмеження прав на медичну допомогу і зменшення її гарантованого обсягу.

Нарешті, у багатьох країнах ведучу роль грають неофіційні платежі [5]. У країнах Східної Європи вони широко поширені

при наданні як амбулаторної, так стаціонарної допомоги, а в окремих пострадянських країнах це є основним джерелом фінансування охорони здоров'я. Платежі з-під "полю" – наслідок поганого фінансування і неможливості забезпечити загальний доступ до медичної допомоги. Однак відмовлення від неофіційних платежів і перехід до відносин у рамках страхової медицини є вкрай складним і вимагає використання адміністративних і технічних ресурсів при чіткій постановці питання.

Говорячи про використання фондів, у першу чергу треба зупинитися на двох моментах. По-перше, для раціональної витрати засобів надання послуги її оплати повинні проводити різні організації. Оплатою повинні займатися фонди страхування, причому її варто здійснювати насамперед на договірній основі. У колишніх соціалістичних країнах упровадження цих принципів ускладнювалося через недостатність і нерегулярність фінансування, фінансової залежності медичних закладів, поганого інформаційного і технічного забезпечення. По-друге, важливу роль у поліпшенні медичної допомоги грає залежність оплати від виконаного обсягу робіт. У багатьох країнах у лікарів загальної практики була введена оплата по числу хворих, аналогічний принцип впроваджується й у роботу стаціонарів. Результати виявилися неоднозначними, що зв'язано з розпорошеністю фондів, недостатнім об'єднанням засобів, організаційними перешкодами, опором чиновників, недоліками роботи у страхових організацій, недостатнім контролем над витратою засобів і якістю медичної допомоги.

Для успішного проведення реформи фінансування охорони здоров'я необхідно приділити увагу як нагромадженню, так і витраті фондів. Ефективна концентрація і витрата фондів вимагає залучення не тільки засобів обов'язкового медичного страхування, але й інших джерел. Щоб домогтися від лікувальних закладів максимальної віддачі, організацій-платники повинні мати у своєму розпорядженні достатні управлінські і технічні ресурси. Для цього варто створити систему спостереження для збору даних про надання допомоги і кваліфікацію персоналу. Подібним же чином має здійснюватися забезпечення соціальної ефективності охорони здоров'я, яке вимагає контролю за роботою організацій-платників з боку держави.

Так чи інакше, правильні концентрація і розподіл фондів – лише шлях до досягнення мети. Кінцевим результатом має бути поліпшення здоров'я населення, що у свою чергу залежить від якості й економічної ефективності медичної допомоги. Мабуть, на тлі перебудови фінансування охорони здоров'я недостатньо уваги було приділено реформі самої системи охорони здоров'я. Очевидно, що зміни системи фінансування виявилася недостатньо для поліпшення якості медичної допомоги. Стає ясно, що введення нових принципів фінансування повинне супроводжуватися чіткою і глибокою перебудовою в роботі лікувальних закладів.

Розрізняють дві основні системи оплати медичних послуг. При першій, об'єднаній системі, страховик володіє і керує медичним закладом. При другій, договірній медичний заклад відділений від страховика. Зараз у багатьох країнах відбувається перехід від об'єднаної командно-адміністративної системи до тієї чи іншої форми договірної системи, при

якій платник (державна чи напівдержавна організація) відділений від медичного закладу. Цей перехід переслідує наступні цілі:

- Забезпечити медичне обслуговування шляхом більш доцільного розподілу засобів, тобто вкладання їх у найбільше економічно ефективні методи лікування й галузі охорони здоров'я, наприклад, переміщення фінансування зі стаціонарів в амбулаторії (таким чином, заміна директивного методу керування економічним).
- Забезпечити медичне обслуговування, змусити його відповідати вимогам споживача, надавши споживачу право брати участь у прийнятті рішень.
- Забезпечити роботу медичних закладів, надавши платникам можливість впливати на них (договірна система, матеріальне стимулювання, право контролю).
- Полегшити децентралізацію керування, даючи можливість лікувальним закладам зосередитися на економічно ефективному наданні послуг відповідно до вимог платника.
- Змусити медичні заклади конкурувати між собою, тобто використовувати ринкові стимули для підвищення ефективності. У ряді європейських країн перехід до договірної системи супроводжувався переходом від фінансування „від досягнутого” до фінансування по обсязі робіт або по результаті. Нові форми фінансування були покликані підвищити продуктивність, економічну ефективність і якість наданої допомоги. Разом з тим, вони вимагають складного інформаційного забезпечення і значних витрат на керування.

Нижче ми розглянемо досвід фінансування охорони здоров'я в колишніх соціалістичних країнах за минулі десять років і спробуємо вивести деякі закономірності.

ЗБІР ЗАСОБІВ

До переходу до ринкової економіки засобу на охорону здоров'я надходили з державних підприємств. Як і при податковій системі, охорона здоров'я було далеко не єдиним претендентом на частку в бюджеті, і величина цієї частки визначалася торгом між керівниками галузей (як галузь «непродуктивна», охорона здоров'я було при цьому в невиваженому становищі). У перехідний період з'явилися два нових джерела прибутку: обов'язкове страхування і прямі платежі приватних осіб — як офіційні, так і неофіційні. Основні цілі впровадження обов'язкового страхування в колишніх соціалістичних країнах зводилися до наступного:

1. Позбавити державу монополії на власність і фінансування охорони здоров'я.
2. Підвисити відповідальність громадян за їхнє власне здоров'я і фінансування охорони здоров'я;
3. Поліпшити роботу закладів охорони здоров'я, за рахунок збільшення відповідальності за витрату коштів.
4. Доручити відповідальність за охорону здоров'я недержавним організаціям (це забезпечилося головним чином ідеологічними розуміннями щодо ролі держави).

Незважаючи на появу страхування, лівова частка надходжень, як і раніше забезпечується податками. Добровільне

медичне страхування покликане стати додатковим джерелом засобів, воно є нерозвиненим і дає порівняно мало – менше, ніж неофіційні виплати з-під „поли”, стягнуті співробітникам державних лікувальних закладів (поширеність і обсяг цих виплат сильно відрізняється у різних країнах).

ДЖЕРЕЛА ДОХОДІВ

У 1997 р. загальні витрати колишніх соціалістичних країн на охорону здоров'я склали від 3,3% ВВП в Албанії та Україні до 11,3% у Молдавії. Витрати на душу населення були найбільшими в Словаччині, Словенії і Чехії, і найменшими – в Україні, Албанії, Азербайджані, Грузії і Румунії. У семи країнах – Албанії, Казахстані, Латвії, Молдавії, Польщі, Росії і Румунії – основне джерело надходжень – податки. Ще в шести країнах – Угорщині, Словаччині, Словенії, Хорватії, Естонії і Чехії – засобу надходять головним чином від обов'язкового страхування. В Азербайджані, Вірменії, Грузії і Таджикистані майже всі надходи залежать від прямих платежів. У Киргизії і Молдавії їхня частка теж дуже значна (не менш 40%).

Із впровадженням соціального страхування вартість робочої сили істотно підвищилася через страхові відрахування.

Неофіційні платежі – явище дуже розповсюджене. Згідно існуючих даних, їхня частота є високою майже у всіх країнах. Частка хворих, що повідомили про такі платежі, складає:

- Словаччина – 60%,
- Таджикистан – 66%,
- Молдавія – 70%,
- Росія – 74%,
- Киргизія – 75%,
- Польща – 78%,
- Україна – 78,5%
- Азербайджан – 78%,
- Вірменія – 91%.

Потреба в добровільному страхуванні визначається убогістю послуг, які забезпечує обов'язкове страхування. У більшості країн досвід впровадження добровільного страхування розчарує. Казахські компанії, що займалися добровільним страхуванням у середині 1990-х років, припинили своє існування – одні через відсутність правової бази, інші просто збанкрутувавши. В Узбекистані діють державні акціонерні страхові компанії, у Росії страхові компанії теж численні; однак правова основа їхньої діяльності не розроблена. Інші країни, такі як Словенія, підійшли до справи більш серйозно, дозволивши добровільне страхування тільки фондам обов'язкового страхування. При цьому, однак, послуги, які надаються добровільним страхуванням, включають і ті, які надає обов'язкове страхування, тим самим роблячи останнє безглуздом — принаймні для тих, хто в силах оплатити добровільне. Після вступу в Європейський союз ринок добровільного страхування повинний буде відкритися для конкуренції з боку приватних страхових компаній і підкорятися визначеним правилам. Щоб ринок приватного страхування працював нормально, необхідний чіткий розподіл сфер дії між приватним і державним страхуванням, а також належне регулювання, що забезпечує захист інтересів споживача.

ТРУДНОЩІ ВПРОВАДЖЕННЯ ОBOB'ЯЗКОВОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.

На практиці фінансування охорони здоров'я в більшості країн здійснюється з декількох джерел. Кошти, що надходять від обов'язкового і добровільного медичного страхування, а також від прямих платежів. Таке положення викликано тим, що обов'язкове страхування з ряду причин не може забезпечити достатній приплив коштів.

Можна відмітити, що в групі країн, де ВВП на душу населення був низьким і продовжував знижуватися, основну роль у фінансуванні охорони здоров'я грають прямі платежі. У деяких країнах де ВВП теж знижувався, незважаючи на впровадження обов'язкового медичного страхування, основним джерелом фінансування залишаються податки. Нарешті, у країнах з найбільш високим ВВП на душу населення, обов'язкове страхування було впроваджено найбільш успішно (на його частку приходиться більш 60% витрат на охорону здоров'я).

ОПЛАТА МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

При соціалізмі нормування і планування виходило насамперед з недостатнього фінансування лікувальних закладів. Колишні соціалістичні країни одержали в спадщину: надлишкове число лікарень, лікарняних ліжок і медичних працівників, чия заробітна плата, незалежно від спеціальності, була низькою.

ДОГОВІРНА СИСТЕМА

У колишніх соціалістичних країнах договірні відносини звичайно є досить вільними; тут рідко укладаються угоди, що передбачають повну підзвітність. Утім, у таких країнах, як Румунія, договірні системи досить жорстко орієнтують на визначений рівень продуктивності.

Основні перешкоди до введення договірної системи в колишніх соціалістичних країнах перераховані нижче.

- Малі обсяги і нестабільність фінансування. Договір у явній формі передбачає зобов'язання замовника оплатити надані послуги (у багатьох країнах такі договори заключають на основі цивільного кодексу). Досвід Казахстану, Киргизії, Росії і республік Закавказзя показує, що при рівні фінансування 2-4% від ВВП договірна система є нежиттєздатною: страховики просто не в силах оплачувати рахунки закладів охорони здоров'я. Заборгованість росте, замовник починає наполягати на зниженні ставок і виконавець швидко втрачає інтерес до продовження відносин.

- Недостатня самостійність закладів охорони здоров'я. Договірні відносини вимагають від виконавця гнучкості, необхідної, щоб відповідати мінливим вимогам замовника. Виконавець повинний бути здатним нарощувати і скорочувати потужності, і нести відповідальність по фінансових зобов'язаннях. Так, у Прибалтиці державні поліклініки були перетворені в самостійні заклади, що мають право вступати в договірні відносини. У Болгарії, Латвії, Литві, Казахстану, Чехії й Естонії державні лікарні були перетворені в державні некомерційні підприємства з правом вступати в договірні відносини і нести відповідальність по зобов'язаннях.

- Відсутність інформаційних систем. Цей фактор перешкоджає розвитку договірних відносин як у Східній, так і в Західній Європі. Такі відносини вимагають щонайменше оперативного доступу до інформації про поточний стан хворого, про наявність фахівців різних спеціальностей і вартість їхніх послуг, демографічні показники і фактори ризику. Крім того, потрібні інформаційні системи для обробки самих договорів. Створення всіх цих систем вимагає значних вкладень.

У 1990-х роках колишні соціалістичні країни проводили глибоку реорганізацію фінансування охорони здоров'я. Метою цієї реорганізації було:

- перейти до системи обов'язкового медичного страхування, доповнивши його добровільним страхуванням; визначити, які види медичної допомоги повинні бути надані і якій категорії населення;
- перевести платників і страхові фонди на місцевий рівень, одночасно об'єднавши їх на національному рівні системою переміщення коштів;
- перейти до оплати медичних послуг по результату. Очікувалося, що в результаті перетворень, охорона здоров'я вийде з свого принизливого положення і отримає надійне джерело надходжень, що розширюється. Незалежні фонди медичного страхування й оплата медичної допомоги по результату дозволять забезпечити населення якісною і недорогою медичною допомогою. Право фондів вибирати і заохочувати кращі медичні заклади буде сприяти підвищенню якості медичної допомоги, змусить її прислухатися до побажань населення.

Надії не виправдалися. Коштів, що отримуються системою обов'язкового медичного страхування, виявилось недостатньо й уряд змушений продовжувати фінансування охорони здоров'я за рахунок податків. Добровільне медичне страхування марніє. У багатьох країнах охорона здоров'я фінансується за рахунок хворих, що самі оплачують своє лікування, у тому числі з-під "полю". Об'єднання коштів є недостатнім, вони залишаються розпиленими між різними фондами і територіями; кошти, отримані від оподаткування й обов'язкового медичного страхування, не поєднуються, а залишаються у підпорядкуванні відповідно міністерства охорони здоров'я і фонду обов'язкового медичного страхування. Фонди медичного страхування не можуть використовувати договірну систему для підвищення економічної ефективності і відповідальності медичних закладів.

Реформи не виправдали надій, що поклалися на них. У значній мірі цьому сприяли наступні обставини:

- слабкість економіки;
- низький рівень офіційної зайнятості;
- несплата податків, корупція;
- відсутність переказу коштів, отриманих від податків і з інших фондів, у фонд медичного страхування;
- відсутність чітко визначеного набору медичних послуг, що гарантується медичним страхуванням;
- збереження загальнодоступної медичної допомоги під час відсутності необхідних для цього коштів;
- розпорошеність фондів;
- недостатність інформації, технічної оснащеності і політичної волі для перерозподілу коштів;

- недостатність і мінливість фінансування;
- недостатня самостійність медичних закладів;
- роздробленість державних коштів;
- нестиковка схем оплати медичних закладів;
- бюджетний дефіцит.

Реформа не змогла створити таких умов (стимулювання, інформування, організація), які б змусили керівників охорони здоров'я бути відповідальними за свої рішення.

Там, де доходи є високими (в Угорщині, Словаччині, Словенії, Хорватії, Чехії й Естонії) обов'язкове страхування дає охороні здоров'я цілком достатні прибутки. Навпроти, там, де доходи низки (наприклад, в Албанії, Казахстані і Румунії), а рівень офіційної зайнятості низький, цих засобів недостатньо. Необхідні міри для підвищення ефективності збирання податків. Разом з тим передача цих функцій напівдержавному і приватному фондам медичного страхування створює для держави значні складності. Навряд чи проблему збирання податків можна буде вирішити перш, ніж буде покінчено з тіньовою економікою.

Ще один спосіб поліпшити фінансування охорони здоров'я – використовування коштів, отриманих від оподатковування і прямих платежів. У країнах, де панує тіньова економіка, пряме оподатковування стикається з тією же проблемою, що і медичне страхування, а саме з повальним ухиленням від податків. Однак на відміну від страхування, воно незначно підвищує вартість робочої сили і, відповідно, менше гальмує економічний ріст. Непрямі податки (тобто податки на товари і послуги) у таких умовах мають більш легко ухилитися від них майже неможливо; однак ставка їх є по суті регресивною.

Світовий досвід країн з низькими і середніми доходами показує, що зробити прямі платежі офіційними й установити систему передоплати (чи страхування) буває вкрай важко. Прямі платежі – це відповідь системи охорони здоров'я, насамперед лікувальних закладів, на недостатнє фінансування і реакція споживачів на ненадійність системи, нездатної забезпечити їх основними медичними послугами. Якщо набір гарантованих послуг чітко визначений і люди точно знають, що за нього не доведеться платити, вони будуть брати участь у страхуванні більш охоче.

Зобов'язання надавати медичну допомогу одночасно зберігаючи загальну доступність медицини, в будь-якому необхідному обсязі для більшості країн є нездійсненною мрією. Для країн, що мають можливість витратити на охорону здоров'я не більше 15 доларів на людину в рік (Азербайджан, Таджикистан, Україна) єдиним виходом, принаймні в найближчому майбутньому є обмеження числа людей, що мають право на безкоштовну медичну допомогу, надаючи її тільки самим бідним, важко хворим та при потребі ургентної медичної допомоги.

Фінансування – лише одна з комплексу проблем, які необхідно вирішити для того, щоб підняти ефективність охорони здоров'я до належного рівня. Щоб вирішити їх, необхідний добре продуманий, довгостроковий і конкретний план дій, чіткий державний посібник, кваліфіковані і зацікавлені керівні кадри, підтримка з боку працівників охорони здоров'я і народу в цілому. На жаль, багато з того, що було перераховано, дотепер не вистачає. І це тільки

частина труднощів, що чекають нас у наступному десятилітті, а може бути, і в більш віддаленому майбутньому.

РОЗВИТОК ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Кінцева мета керівників, що займаються реформою охорони здоров'я, – зміцнити первинну медичну допомогу. У СРСР поліклініки були „бідними родичами” лікарень. Їхній персонал одержував низьку платню і працювати в них вважалося не престижно. Самі заклади і їх устаткування перебували в жалюгідному стані, в результаті первинна медична допомога зводилася до видачі направлення в лікарні і виписування лікарняних листків.

У майбутньому в лікарню буде поступати тільки невелике число найбільш важких хворих. Це викличе необхідність перегляду задач терапевтичних і хірургічних відділень. Більше того, оскільки сьогодні в багатьох галузях (таких, зокрема, як гастроентерологія) лікування вимагає участі як хірурга, так і терапевта, згодом відпаде і саме розгалуження на терапевтичні і хірургічні відділення – як це уже відбулося в ряді лікарень, де відділення розрізняються не за фахом, а за важкістю стану хворих.

ВЗАЄМОДІЯ ПЕРВИННОЇ І СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Взаємодія двох галузей повинна мати і властивості затримувати усе, що не повинно перетинати границю, і вільно пропускати усе, що повинно її перетнути. Якщо говорити про можливості взаємодії між різними частинами системи охорони здоров'я, то вони повинні вільно пропускати не тільки хворих, але і всю інформацію, необхідну для їхнього лікування.

Заклади первинної медичної допомоги і лікарні мають дві частини зіткнення: через один хворий надходить у лікарню, а через інший виписується з неї. Кожна частина має визначені завдання. Ряд хворих (насамперед із хронічними захворюваннями) багаторазово проходить через ці ділянки, що вимагає від них погодженості.

Дослідження показують, що в ряді країн безліч госпіталізацій не є виправданою. Однак вони говорять і про те, що більш придатних закладів для ведення багатьох хворих просто не існує. Проте, вихід є. По-перше, необхідно переглянути схеми ведення основних захворювань і збільшити частку участі в них первинної медичної допомоги. По-друге, варто згадати, що багатьох хворих у стаціонарі обстежують, щоб вирішити питання про подальше лікування. З цією метою краще використовувати спеціальні відділення, де хворого обстежують згідно визначеного погодженого плану, не госпіталізуючи його в лікувальне відділення. По-третє, необхідно пом'якшити ставлення до планових операцій. Анестетики короткої дії і нові хірургічні методики дозволяють проводити багато операцій амбулаторно.

Реформа охорони здоров'я – не проста задача, але стає ясно, у яких напрямках варто рухатися. По-перше, треба зберегти наявні досягнення. Колишня система мала свої переваги, особливо в галузі імунізації й охорони здоров'я дітей, і ними не можна знехатати. По-друге, необхідно усунути недоліки. Реформи мають як позитивні, так і негативні сторони. По-третє, потрібна структурна реформа,

по-четверте — підвищення кваліфікації кадрів. Нарешті, ніколи раніш необхідно розробляти і впроваджувати нові підходи і форми міждисциплінарної і міжгалузевої взаємодії.

ВИСНОВКИ

Аналіз досвіду реформування в колишніх соціалістичних країнах показує, що реформи виявляються успішними лише в умовах чіткої регуляції, кадрової й інформаційної підтримки, яких часто не вистачає. Іншими словами, слабка підтримка з боку держави, незалежно від переваг обраної моделі реформ, може вести до катастрофічних наслідків.

Ефективність реформ вимагає чіткого формулювання стратегії розвитку системи охорони здоров'я, розмежування задач і обов'язків державного і приватного секторів, визначення базового обсягу медичної допомоги.

Держава повинна забезпечити інформаційну підтримку для відстеження результатів реформи, підтримувати впровадження механізмів контролю за якістю медичного обслуговування — таких, як ліцензування й аудит. Нарешті,

державі буде потрібно створити сильну й ефективну систему управління.

Зазначені питання підкреслюють важливість розробки програм по зміцненню управлінських структур, у першу чергу міністерства охорони здоров'я. Особливо важливу роль будуть грати планування нової комплектації штатів і впровадження програм по підготовці чи перепідготовці кадрів.

ЛІТЕРАТУРА

1. "Здоров'я-2020": Основи Європейської стратегії у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя. – Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2012.
2. «Здоровье 21 – здоровье для всех в 21-ом столетии» // Европейская серия «Здоровье для всех», №5, ВООЗ, Копенгаген, 1998. – 44 с.
3. Intersectoral governance for health in all policies / McQueen D. [et al.]. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
4. Review of the commitments of Member States for Europe between 1990 and 2010: analysis in the light of the Health 2020 strategy. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2012.
5. План дій з реалізації Європейської стратегії профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями 2011-2016 рр. / ВООЗ, Європейське Регіональне Бюро. – Копенгаген, 2011. – 124 с.