

УДК 312.346.2

Л. О. ЗГАЛАТ-ЛОЗИНСЬКА

Міжрегіональна Академія управління персоналом, м. Київ

ВІДТВОРЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ: МЕДИКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АСПЕКТ

Наукові праці МАУП, 2006, вип. 1(13), с. 5–10

Досліджуються сучасний стан, тенденції розвитку галузі охорони здоров'я, розглядаються основні проблеми медичної галузі, що негативно впливають на процес відтворення трудового потенціалу. Подано пропозиції щодо розв'язання проблем у сфері забезпечення охорони здоров'я і медичного обслуговування населення України, що стосуються реструктуризації, зростання обсягів та розширення бази фінансування галузі, зміни принципів управління медичною допомогою.

Нині все більше прогресує тенденція зниження рівня відтворення трудового потенціалу населення України, що проявляється не лише у скороченні демографічної бази, а й у погіршенні якості підготовки фахівців, ефективності трудової діяльності працівників. Останнє зумовлене передусім нееквівалентністю системи “праця — винагорода”, а також зниженням якісних показників відтворення населення, у тому числі стану здоров'я. Водночас здоров'я громадян України є одним з основних стратегічних багатств нації, тому його підтримка та поліпшення мають бути пріоритетом державної політики, а відтак галузь охорони здоров'я повинна на практиці отримати статус пріоритетної. Зазначимо також, що ця галузь належить до числа небагатьох, яких практично не торкнулися ринкові перетворення. До того ж, перебуваючи у державній власності, переважна частина закладів охорони здоров'я відчуває брак державної підтримки та фінансування. У зв'язку з цим часто державні медичні заклади вимушені самотужки вирішувати власні проблеми виживання та функціонування. Ще більшого занепокоєння викликає стан справ щодо організації лікувально-

профілактичної допомоги у сільській місцевості. Поступовий, повільний розвиток недержавних закладів охорони здоров'я впродовж останнього десятиліття не може вирішити проблему підвищення ефективності функціонування галузі загалом.

Поряд з цим дані статистики свідчать про неспинне погіршення загального стану здоров'я населення України. В кілька разів, порівняно з початком 90-х років минулого століття, підвищився рівень захворюваності населення такими небезпечними хворобами, як туберкульоз, серцево-судинні, хвороби шлунково-кишкового тракту, онкологічні, ВІЛ/СНІД. Остання хвороба набула характеру епідемії і поширюється нині у рівній мірі як серед споживачів ін'єкційних наркотиків, так і тих, хто їх не вживає, причому цей рівень захворювання практично однаковий серед жінок і чоловіків. За сучасного розвитку ВІЛ/СНІД Україна може втратити 940 тис. громадян до 2017 р. [1]. Все частіше виникають спалахи “дитячих” захворювань серед дорослого населення. В результаті підвищується загальна смертність, знижується загальний імунітет населення, погіршується

генофонд нації, а це вже є головною проблемою забезпечення національної безпеки України.

Причини такого жахливого стану відтворення населення досліджуються вже давно, але переважно однобічно. Так, соціоекономічний аспект питання висвітлювали у своїх працях Врублевський В. К., Долішній М. І., Злупко С. М., Костаків В. Г., Пітюлич М. І., Сембер С. В., Сергєєва Г. П., Чижова Л. С. Проблему відтворення трудового потенціалу досліджували через призму досягнення ефективної зайнятості населення такі науковці, як Богиня Д. П., Бондар І. К., Калина А. В., Кравченко І. С., Краснов Ю. М., Лібанова Е. М., Лич В. М., Маслова І. С., Онікієнко В. В., Тітова Н. А. Суто демографічному аспекту присвятили свої праці Дорошенко Л. С., Лукінов І. І., Пірожков С. І., Піскунов В. П. Однак невирішеним залишається питання поліпшення демографічного відтворення в аспекті реформування галузі охорони здоров'я.

Розглянемо в цій статті проблеми розвитку медичної галузі, зокрема, стосовно її трансформації та оздоровлення, що в результаті має позитивно відбитися на процесі відтворення трудового потенціалу держави.

Діяльність галузі охорони здоров'я в останні роки було спрямовано на реалізацію основного її завдання — збереження та відновлення здоров'я населення. Однак функціонування галузі постійно зазнає впливу негативних факторів, серед яких найбільш значними є недостатньо уважне та турботливе ставлення громадян до свого здоров'я, а також погіршення стану сфери медичного обслуговування населення як профілактично-діагностичного, так і лікувального. У свою чергу, на погіршення стану сфери медичного обслуговування населення впливають наступні чинники: використання застарілого та неефективного обладнання; недостатнє, часто нераціональне фінансування лікувальних закладів, зменшення їх кількості, особливо у сільській місцевості; декларативний характер і невідповідне виконання комплексних програм у сфері забезпечення охорони здоров'я та медичного обслуговування населення на різних рівнях; втрата престижу медичних спеціальностей внаслідок низької оплати праці, збільшення термінів навчання, скорочення обсягів держзамовлення на вузькоспеціалізованих медпрацівників, перенавантаження висококваліфікованих спеціалістів, зниження кваліфікації медичних кадрів загальнолікувального профілю, недиференційований підхід до оплати їх праці залежно від якості надання медичної допомоги чи послуг,

наявність великих черг на консультацію до лікарів, що підштовхує громадян до неефективного самолікування, внаслідок чого зростає ймовірність виникнення ускладнених випадків захворювань; зниження морально-етичних якостей медперсоналу. Зрозуміло, що для подолання зазначених чинників потрібно кардинально реформувати галузь охорони здоров'я з першочерговим вирішенням проблем фінансування, зміцнення та оновлення матеріально-технічної бази.

Нехтування громадянами власного здоров'я передусім зумовлено загальноекономічними чинниками та наданням пріоритету забезпеченню родинного добробуту, існуванню та стабільності робочого місця тощо. Не останню роль у цьому відіграло скорочення кількості та спектра послуг спортивно-оздоровчих закладів через комерціалізацію їх діяльності, через дорожнечу, що обмежує контингент відвідувачів.

У Посланні Президента України до Верховної Ради України “Про внутрішнє і зовнішнє становище України у 2005 році” від 9 лютого 2006 р. у Програмі “Здоров'я нації” пріоритетними завданнями галузі охорони здоров'я визначено не лікування хвороби, а її профілактика, що має бути реалізовано з допомогою визначення мінімального гарантованого рівня медичних послуг для різних категорій населення, переходу до сімейної медицини, перенесення акценту на профілактичні та оздоровчі методи, ранню діагностику, сприяння здоровому способу життя. На нашу думку, формальне визначення мінімального гарантованого рівня медичних послуг для різних категорій населення може лише частково вирішити проблему безоплатності їх надання, адже спекуляція на базі надання вчасної, термінової допомоги чи послуги виникає переважно через брак коштів на закупівлю витратних матеріалів, перенаправлення пацієнтів у інші заклади охорони здоров'я внаслідок недоступності послуг за місцем їх проживання.

Зазначимо також, що створення багатоукладної галузі охорони здоров'я — це проблема довготермінова, адже така система потребує підготовки кадрового потенціалу, зокрема лікарів сімейної медицини, налагодження механізму утворення та використання альтернативних джерел фінансування галузі.

Законодавство України “Про страхування” від 7 березня 1996 р. та “Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування” (від 14 січня 1998 р. за № 16/98-ВР) передбачають здійснення медичного страхування

в обов'язковій і добровільній формах. Згідно з інструкцією "Про порядок видачі суб'єктам підприємницької діяльності ліцензій на здійснення страхової діяльності на території України. Умови і правила її здійснення та контроль за їх дотриманням" від 15 липня 1996 р. було визначено, що страховики можуть отримати ліцензію на два види страхування за напрямком медичного страхування: страхування здоров'я на випадок хвороби та безперервне страхування здоров'я, що проводяться в добровільній формі. Перший вид передбачає страхування медичних витрат на випадок конкретної хвороби або цілої низки хвороб, що зазначається у договорі страхування. У разі настання страхового випадку страхова сума або її частина виплачується застрахованій особі. Безперервне страхування здоров'я передбачає поліклінічне, стаціонарне, аптечне обслуговування застрахованої особи, надання послуг невідкладної медичної допомоги, а також стоматологічної допомоги. Тут ідеться про випадок захворювання, яке триває понад два тижні, при цьому договори страхування укладаються якнайменше на три роки. Обидва розглянуті види добровільного медичного страхування не передбачають будь-якої виплати після закінчення строку дії договору страхування. При укладенні договору страхування страхові компанії зазвичай встановлюють максимальний розмір страхової суми, яка може бути виплачена страхувальнику у разі настання страхового випадку.

Досвід зарубіжних країн свідчить, що добровільне медичне страхування, крім багатьох позитивних якостей, має й певні недоліки: охоплення страхуванням нечисленних видів медичної допомоги; жорсткий відбір страхувальників за критерієм імовірності здійснення виплат; витратний порядок фінансування; залежність обсягу надання медичної допомоги від платоспроможності клієнта або фінансового стану роботодавця.

Ситуація, що склалася в Україні у сфері охорони здоров'я громадян, потребує вжиття невідкладних заходів, спрямованих на підвищення її рівня. Важливе значення у зв'язку з цим має вироблення і впровадження системи обов'язкового медичного страхування, яка забезпечила б право кожного громадянина на одержання гарантованої та якісної медичної допомоги, а також подальший розвиток добровільного медичного страхування.

Для поєднання обов'язкового та добровільного медичного страхування необхідно створити територіальні лікарняні каси, які мали б монополне право на обов'язкове медичне страхування насе-

лення й створювали філії на місцях. При цьому зберігаються адміністративні методи управління, але у рамках обов'язкового медичного страхування. Механізм формування коштів: частково бюджетний (страхування непрацюючих), частково — з позабюджетних джерел (нарахування на заробітну плату працюючих на певній території тощо). Кошти розподіляються територіальною лікарняною касою по філіях виходячи з умов, у яких діє філія. Головним принципом діяльності лікарняної каси є солідарна участь. Лікарняна каса є кредитно-фінансовою неприбутковою громадською організацією з холдинговою участю підприємств різних форм власності, медичних установ, інших організацій, у тому числі зарубіжних, що створює передумови для залучення інвестицій у систему охорони здоров'я. Важливим організаційним моментом є інтегрування лікарняної каси з медичною установою у рамках єдиного технологічного процесу, що підсилює мотивацію медичного персоналу до надання якісної допомоги за рахунок зміни принципів фінансування медичних послуг з кількісного на якісний з урахуванням кінцевих результатів і додаткової оплати праці [1].

Отже, відсутність механізму реалізації добровільного медичного страхування призводить до руйнування системи охорони здоров'я, накопичуючи та поглиблюючи проблеми її функціонування.

Визначені МОЗ України як позитивні деякі тенденції галузі не завжди відбивають справжній її стан, адже наявні також негативні наслідки.

Так, за даними МОЗ України, окреслено як позитивну тенденцію до зменшення рівня смертності дітей віком до 1 року (у 1994 р. — 14,9 на 1000 народжених живими; у 1999 р. — 12,8; у 2004 р. — 9,58), що є найкращим показником за останні 25 років. Аналогічна динаміка спостерігається щодо зменшення рівня материнської смертності (у 1994 р. — 32,3 на 100 тис. народжених живими; у 2001 р. — 24,1; у 2004 р. — 13,5) [3]. Це відповідає рекомендаціям ВООЗ щодо рівня цих показників для країн пострадянського простору (дитяча — нижче 10,0 на 1000 народжених живими, материнська — нижче 15,0 на 100 тис. народжених живими). Водночас такі тенденції були досягнуті переважно шляхом зростання питомої ваги породіль, для яких виключався другий період родів та було зроблено кесаревий розтин, хоча не завжди це було виправдано з медичної точки зору. Зрозуміло, що такий спосіб родів за сучасного рівня медичного обслуговування в Україні обмежує потенційну кількість дітей, які мо-

жуть народитися в подальшому у цих жінок, чи призвести до зростання гінекологічних захворювань, хоча це лише припущення.

Порівняно з 2001 р. у 2003 р. народжуваність в Україні зросла на 10,4 % (у 2001 р. — 7,7 на 1000 населення, у 2004 р. — 9,1) [2]. Однак це зростання аж ніяк не компенсує природно втрати населення, адже кількість померлих майже у два рази перевищує кількість народжених, а отже, проблема депопуляції населення залишається досить гострою.

Також МОЗ України відзначає поліпшення стану фінансування охорони здоров'я. Так, обсяг видатків на охорону здоров'я, визначений урядом у 2004 р., становив 9,4 млрд грн, що в 1,74 рази перевищує аналогічний показник 2001 р., а у 2005 р. за попередніми даними цей показник склав 11604,4 млн грн (темпи зростання до попереднього року — 120,8 %), у тому числі державний бюджет — 3044,5 млн грн (26,2 %), місцеві бюджети — 8559,9 млн грн (73,8 %). Питома вага видатків на охорону здоров'я в загальному обсязі ВВП у 2005 р. становила 3,0 % (2002 р. — 2,9 %, 2003 р. — 3,2 %, 2004 р. — 2,8 %), в обсязі зведеного бюджету по загальному фонду — 13,0 % (2002 р. — 13,9 %, 2003 р. — 14,4 %, 2004 р. — 12,8 %) [2]. Для порівняння наведемо дані про видатки на охорону здоров'я деяких країн світу у відсотках до ВВП: Великобританія — 5,9 %, Японія — 8,3 %, Німеччина — 9,0 %, США (модель якої покладено за основу перетворення в Україні) — 14,0 %, Польща — 6,2 %. Зазначимо, що, за висновками ВООЗ, видатки на охорону здоров'я мають бути не менше 5 % ВВП, інакше галузь стає не тільки не ефективною, а й непрацездатною.

Зростання обсягів видатків із загального фонду на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення від 109,3 грн у 2001 р. до 196,8 грн у 2004 р. (на 80,1 %) та до 243,7 грн (за попередніми даними) у 2005 р. [2] є позитивним фактом, хоча воно на третину було знівельовано інфляційними процесами.

Відзначимо також, що з урахуванням підвищення окладів працівникам галузі з 1 березня 2004 р. на 10,8 % та з 1 вересня 2004 р. — на 15,6 % відповідно до введення постанов Кабінету міністрів України від 11 лютого 2004 р. № 166 та від 25 серпня 2004 р. № 1097 у 2004 р. офіційно заробітна плата середнього лікаря складала 359,8 грн, водночас прожитковий мінімум для працездатної особи визначено на рівні 386,73 грн, що взагалі не дає можливості середньому медпрацівнику забезпечити нормальне функціонування

організму, придбати необхідні продукти харчування, непродовольчі товари, сплатити послуги, необхідні для задоволення основних соціальних і культурних потреб особистості.

Спираючись на дані МОЗ України, зокрема на те, що у 2004 р. забезпеченість лікарями становила 41,2 фахівців, а середнім медперсоналом — 98,4 на 10 тис. населення, обсяги видатків із загального фонду на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення — 196,8 грн, а рівень середньої заробітної плати лікаря — 359,8 грн [2], можна підрахувати, що питома вага оплати праці в загальній вартості наданих послуг становила 30,6 %. Враховуючи стратегічну важливість цієї галузі та необхідність підвищення життєвого рівня медичних працівників, треба довести питому вагу частки оплати праці у вартості послуг до науково обґрунтованого рівня — не нижче 50–55 %.

Викладені дані не дають підстав стверджувати, що проблеми галузі можна вирішити без докорінної трансформації системи охорони здоров'я, хоча в цій галузі спостерігаються і позитивні тенденції.

Серед основних проблем, на розв'язання яких має бути спрямована політика охорони і зміцнення здоров'я населення, доцільно виокремити наступні:

1. Погіршення стану здоров'я населення через зниження рівня життя та забруднення навколишнього середовища, зокрема, через наслідки Чорнобильської катастрофи, а також високий рівень зайнятості на виробництвах з несприятливими для здоров'я умовами праці.

2. Високий рівень загальної захворюваності населення на тлі байдужого ставлення населення до свого здоров'я.

3. Висока, порівняно з економічно розвиненими країнами, передчасна смертність працездатного населення: коефіцієнт смертності населення в Україні становить 14 %, що удвічі вище, ніж у країнах Європейського Союзу (7 %); як наслідок цього — відставання на понад 10 років від економічно розвинених країн за показником середньої очікуваної тривалості життя — у 2003 р. становила 67,6 р. (чоловіки — 62,4, жінки — 72,9).

4. Перевищення більш ніж утричі чоловічої смертності над жіночою у працездатному віці.

5. Вищий, ніж у середньому по країні, рівень поширеності хвороб серед малозабезпечених верств населення. Набуття епідемічного характеру такими захворюваннями, як туберкульоз і ВІЛ/СНІД.

6. Неадекватність зарплати медичних працівників складності та обсягам виконуваної роботи, її важливості та відповідальності перед суспільством, великий обсяг тіньових медичних послуг.

7. Відсутність адекватних стимулів для ефективної профілактики з боку медичних працівників і з боку населення.

8. Невідповідність та недостатність фінансування галузі стосовно реальних потреб.

9. Відсутній відпрацьований нормативно-правовий та економічний механізм організації медичної допомоги закладами охорони здоров'я, що регламентував би їх права та відповідальність перед споживачами, платниками медичних послуг, органами управління охороною здоров'я та територіальною громадою.

10. Недостатня розвиненість інфраструктури добровільного медичного страхування.

11. Обмеженість доступу до користування спортивно-оздоровчими закладами.

12. Відсутній ефективний механізм впровадження наукових досліджень у практику охорони здоров'я.

13. Гранична зношеність матеріально-технічної бази більшості медичних закладів, її невідповідність сучасним лікувально-профілактичним технологіям, повільне впровадження стандартів та клінічних протоколів.

На підставі аналізу виявлених проблем пропонуємо наступні стратегічні завдання, які повинні сприяти розв'язанню проблем у сфері забезпечення охорони здоров'я і медичного обслуговування населення України:

а) щодо запровадження багатокладності галузі:

- реструктуризація державних і комунальних лікувально-профілактичних установ, надання їм статусу повноцінних суб'єктів господарської діяльності;
- розвиток первинної медичної допомоги, що ґрунтується на засадах загальної практики/сімейної медицини, основною метою якої є профілактика та раннє виявлення захворювань; впровадження нових механізмів управління відповідно до вимог сучасного менеджменту;
- забезпечення законодавчої рівності прав і обов'язків бюджетної та небюджетної сфер медичного обслуговування відповідно до норм Конституції України;
- трансформування структури медичної допомоги на користь менш витратних її видів шляхом зменшення обсягів лікування у

стаціонарах, перемістивши їх в умови домашнього та денного стаціонарів;

- прийняття змін до Конституції України та визначення на рівні держави гарантованого мінімуму медичного обслуговування з обов'язковим його фінансуванням, розробка механізму його реалізації, а також оплати медичних послуг понад гарантований рівень;

- формування ринку медичних страхових послуг, суб'єктами якого мають бути страхові компанії різних форм власності;

- розвиток інфраструктури добровільного медичного страхування, що передбачає збільшення кількості страхових компаній, які пропонують послуги з медичного страхування, покладання на них функцій щодо укладення договорів з медичними установами та координації роботи з обслуговування страхувальників;

б) щодо зміни механізму фінансування галузі:

- відмова від звичного утримання медичних закладів і перехід на оплату медичних послуг за обсягом та якістю;
- збільшення абсолютних і відносних показників фінансування охорони здоров'я за рахунок бюджетів різного рівня;
- посилення державного регулювання платної медичної допомоги, яка надається в державних і комунальних установах, обмеження безконтрольного заміщення безкоштовної медичної допомоги платною, скорочення масштабів "тіньового" ринку медичних послуг тощо;
- запровадження обов'язкового медичного страхування та адекватного залучення коштів інших фондів державного соціального страхування для відшкодування частини медичних послуг, зокрема, на профілактику травм і захворювань, медичну реабілітацію та санаторно-курортне лікування, на соціально-медичну допомогу інвалідам та громадянам похилого віку;
- укладення контрактів щодо надання медичних послуг уповноваженими інституціями, зокрема бюджетами різних рівнів, лікарняними касами, страховими та іншими організаціями;
- забезпечення конкурентних засад та справедливості при наданні медичної допомоги/ послуг закладами різних форм власності;

- підвищення заробітної плати медичним працівникам, запровадження сучасних ефективних систем оплати праці медичного персоналу та механізмів фінансування організацій первинної медико-санітарної допомоги за принципом подушного фінансування первинної ланки і первинного фондоутримання;
- в) щодо зміни принципів управління медичною допомогою:
 - заміна територіально-дільничного принципу формування контингенту обслуговування вільним вибором пацієнтами (тобто прикріпленням) лікаря загальної практики/сімейного лікаря з документальним оформленням відносин між пацієнтом і лікарем;
 - відновлення повноцінної роботи фельдшерсько-акушерських пунктів і лікарських амбулаторій у сільській місцевості, забезпечення їх функціонування на засадах лікаря загальної практики/сімейної медицини, проведення їх ремонту та облаштування приміщень за рахунок коштів сільських, селищних, районних та обласних бюджетів, покращання медичної допомоги сільському населенню;
 - надання своєчасної медичної допомоги на належному рівні з використанням сучасних медичних технологій, що відповідають захворюванню і стану пацієнта;
 - визначення порядку взаємодії сімейних лікарів з лікарями-спеціалістами і стаціонарами;
- забезпечення високої якості медичної допомоги з використанням механізмів стандартизації медичної практики; ліцензування, акредитації, атестації медичних кадрів; експертизи якості медичної допомоги; розробки критеріїв та моніторингу результатів впровадження систем управління якістю за міжнародними стандартами;
- підготовка менеджерів, економістів, соціальних працівників, працівників страхової медицини, підприємців для організації приватних медичних фірм і установ.

Наведені завдання не охоплюють всього процесу реформування галузі охорони здоров'я, проте їх обов'язкове виконання забезпечить життєдіяльність галузі.



Література

1. **Бутейко А. І., Сараєва І. Н., Носова Н. І.** Проблеми розвитку підприємництва у сфері охорони здоров'я / За ред. Б. В. Буркинського. — О.: Ін-т проблем ринку та економіко-екологічних досліджень НАН України, 2003. — 392 с.
2. **Проблеми** у сфері забезпечення охорони здоров'я і медичного обслуговування громадян України та шляхи їх розв'язання: Інформ.-аналіт. матеріали громадських слухань. — К.: МОЗ України, 2005. — 16 черв.
3. **Соціально-економічні** проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання: Матеріали парламентських слухань. — К.: ВР України, 2003. — 1 груд.

The article is devoted to the research of a modern condition, tendencies of development of public health services, revealing of the medical branch basic problems which cause negatively influence on the labour potential reproduction process. The propositions about the decision of problems in sphere of maintenance of public health services and health services of the Ukraine population and also problems of the medical branch re-structuring, financial growth and expansion, change of management principles by medical aid are observed.

Надійшла 7 березня 2006 р.