

М. В. Банчук,

к. політ. н., доцент, докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я, Національна академія державного управління при Президентові України

СТРАТЕГІЧНІ ПИТАННЯ КОНКОРДАЦІЇ КАДРОВОЇ ПОЛІТИКИ В ДЕРЖАВНОМУ ТА РЕГІОНАЛЬНОМУ УПРАВЛІННІ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Проаналізовано розвиток медичного кадрового потенціалу в Україні. Виявлено існування розходжень у стані надання медичної допомоги серед різних регіонів країни. Підкреслюється складність ліквідації цих розходжень.

Окреслені результати дослідження щодо зіставлення динаміки рівня забезпеченості лікарями у регіонах, показників стану здоров'я населення в регіонах України та в цілому в країні. Дискуються шляхи конкордантності державного та регіонального управління охороною здоров'я.

Development of medical personnel potential in Ukraine is analysed. Existence of disagreements in the medicare level among the different regions of country are revealed. Complication of liquidation of these disagreements is underlined.

There are discussed the research results of dynamics comparison of the level doctors understaffing in regions, the health characteristic of population in the regions of Ukraine and on the whole a country. The ways of the state and the regional concordance in health administration are discussed.

Ключові слова: стратегічні питання конкордації, державне управління, регіональне управління, система охорони здоров'я, забезпеченість медичними працівниками сфери охорони здоров'я.

Key words: skilled policy concordance, government administration, regional administration, system of health care, providing with health specialists.

ВСТУП

На п'ятдесят дев'ятій сесії Європейського регіонального комітету Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у доповіді "Стратегічне управління охороною здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ" підкреслено, що поліпшення стану здоров'я населення можна виміряти за допомогою таких параметрів, як його рівень і розподіл [2].

Стосовно рівнів здоров'я, то відзначається позитивна кореляція між належним управлінням і станом здоров'я населення, між належним управлінням і нижчою дитячою смертністю, але, як показують дані по Європейському регіону, в тому, що стосується розподілу здоров'я, ситуація є складнішою.

Незважаючи на чітке поліпшення в останні декілька десятиліть таких показників, як середня очікувана тривалість життя при народженні й очікувана тривалість здорового життя при розгляді даних у розрізі конкретних параметрів, продовжують спостерігатися різкі відмінності. Відмінності присутні між соціальними групами, між країнами, між регіонами всередині країн і між містами (навіть між кварталами) Європейського регіону, в тому числі в Європейському союзі (ЄС) — групи і найбагатших країн.

Нерівність відносно здоров'я є складною проблемою, такі відмінності важко усунути. Очевидно, що для прийняття ефективних заходів необхідне глибше розуміння того, який зв'язок існує між нерівністю відносно здоров'я й управлінням охороною здоров'я.

Метою роботи є вивчення неоднорідності в рівнях забезпеченості лікарями на 10 тис. населення в регіонах і зіставлення її динаміки з характеристиками в цілому по країні.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Нерівність у наданні медичної допомоги в регіонах зумовлюється багатьма факторами. В першу чергу, рівнем закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) регіону, розгалуженістю мережі науково-дослідних установ, особливостями природокористування тощо.

В якості індикатора рівня медичних послуг використовувався рівень забезпеченості (кількість) ЗОЗ регіонів лікарями.

Регіони забезпечуються лікарями, в першу чергу, залежно від рівня та характеру промислового виробництва, зокрема економічного розвитку. В регіонах з переважно про-

мисловим характером виробництва, що формує розгалужену мережу ЗОЗ, рівень забезпеченості лікарями вищий, ніж в аграрних регіонах (наприклад, у м. Києві він становить 60,43 на 10 тис. населення, а в Київській області — 36,80; у Запорізькій — 42,37, у Кіровоградській — 32,61 тощо).

Другим фактором слід назвати особливості природокористування. У регіонах з позитивними природними властивостями розвивається мережа санаторно-курортних закладів, що зумовлює більший рівень забезпечення, ніж в інших (в АР Крим показник становить 45,15, в Одеській області — 43,07, Івано-Франківській — 51,25, Львівській — 50,30, середній по країні — 42,62 на 10 тис. населення).

Нарешті, великий вплив має наявність медичних навчальних закладів на адміністративних територіях, розгалуженості мережі науково-дослідних установ, а також наявність особливостей природокористування. В розвинених за цим фактором регіонах випускники забезпечуються роботою. До таких відносяться м. Київ, Харківська, Львівська, Одеська, Закарпатська, Чернівецька області.

Розглядаючи особливості динаміки в країні та в регіонах, слід відмітити, що зміни в країні більш виразні. Так, у 2003—2008 рр. зменшився рівень забезпеченості населення терапевтами, в т.ч. дільничними міських дільниць, лікарями медицини невідкладних станів, педіатрами, фтизіатрами, дермато-венерологами, педіатрами міських дільниць; і навпаки, значно підвищився — лікарями загальної практики — сімейної медицини (ЗП/СМ), хірургами, анестезіологами, лікарями з УЗД, терапевтами міських дільниць, організаторами управління (соціальними гігієністами). В цілому, зміни незначні, за винятком зростання по групі ЗП/СМ, хірургів та анестезіологів, зменшення по групі педіатрів міських дільниць, фтизіатрів і лікарів медицини невідкладних станів.

Забезпеченість населення за регіональною ознакою має більш сталий характер (рис. 1): розбіжність показників щодо середнього рівня по країні у 2003—2008 рр. зареєстровано у межах від +20% (в АР Крим, Івано-Франківській, Харківській, Чернівецькій областях, крім м. Києва, де показник вищий за середній більш ніж на 40%) до -20% (у Житомирській, Київській, Кіровоградській, Миколаївській, Рівненській, Сумській і Чернівецькій областях).

Зрозуміло, що порушення конкордації показників здоров'я населення не має загроз для популяції в цілому. В той же час необхідним має стати низка досліджень для вив-

чення змістовних і контекстуальних елементів, що сприятимуть належному управлінню охороною здоров'я.

Особливу увагу слід приділити оцінці того, яку роль "належні процеси" самі по собі грають у досягненні успіху. Зокрема, цьому може сприяти аналіз окремих позитивних прикладів з практики управління охороною здоров'я в регіонах, що вимірюється за допомогою таких показників, як покращення здоров'я, розширення доступу до медичної допомоги, поліпшення соціального захисту тощо.

Основні завдання державного управління повинні полягати у формуванні політики в сфері громадської охорони здоров'я, підготовці законодавчої бази, плануванні та формуванні бюджету.

Вважаємо, що державне регулювання має забезпечити надання високоякісної технічної допомоги в розробці та розвитку найважливіших державних програм: в стратегії розвитку репродуктивного здоров'я, надання допомоги матерям і дітям, національних планів імунізації, боротьби з туберкульозом, онкологічними захворюваннями тощо.

Важливим аспектом конкордації державного та регіонального управління є спільні дії щодо розробки комплексних програм реформування галузі охорони здоров'я.

Зрозуміло, що спільним заходом має стати створення стратегії ефективної комунікації.

Конкордація стосується також проблем збереження етичних цінностей для узгодженості інтересів у політиці охорони здоров'я з іншими інтересами, наприклад, економічними та фінансовими.

Відмітимо ще декілька важливіших питань конкордації державного та регіонального управління. Необхідною видається процедура управління людськими ресурсами. Її слід активізувати в цілях забезпечення своєчасного набору кадрів, управління кризовими ситуаціями в охороні здоров'я; розробці стратегічних рекомендацій у таких сферах, як інфекційні захворювання, охорона психічного здоров'я та забезпечення безпеки пацієнтів.

Зрозуміло, висновки та прогнози повинні ґрунтуватися на оновлених статистичних даних. Безперечно, слід наводити чітку інформацію про джерела даних і підвищити якість інформації, що надається. Державне управління охороною здоров'я повинно забезпечувати подальший розвиток загальносистемного підходу, в тому числі з підключенням інших міністерств.

У той же час відповідальність за первинну медико-соціальну допомогу лежить на регіональному управлінні. Таким чином, досягається децентралізація управління системою охорони здоров'я. До структури первинної медико-соціальної допомоги входять такі установи, як відділення загальної лікарської практики, реабілітаційні центри, центри матері та дитини, медичні центри обслуговування школярів, будинки для літніх людей, центри з охорони довкілля, центри по нагляду за психічно хворими.

Крім того, адміністрація муніципалітетів є роботодавцем для медсестер, акушерок, фізіотерапевтів.

Дискусійним залишається питання регулювання процесів збереження ліжкового фонду. Вважаємо, що цей процес має знаходитися в юрисдикції регіональних властей. Підкреслимо, що зазначене питання є особливо актуальним у зв'язку з великою кількістю технологічних досягнень медицини, а також успішним розвитком амбулаторної хірургії, консультативної допомоги лікарів-спеціалістів у поліклініках при лікарнях. Подібні зміни як в управлінні, так і в структурі медичної допомоги відбуваються регулярно, і не тому, що попередня система працювала гірше, а тому, що кожна система потребує періодичного оновлення для ефективнішої роботи в майбутньому.

Нещодавно проведене дослідження підтвердило, що на показники, пов'язані з медичним обслуговуванням, доводиться приблизно 44—57% відмінностей в очікуваній тривалості життя, що використовується як кількісний показник здоров'я, а доля таких відмінностей, що залишилася, доводиться на немедичні детермінанти здоров'я. Край важливо добитися міжсекторальної взаємодії. Поки воно функціонує недостатньо, тому, зважаючи на складні процеси глобалізації, жодну країну не можна розглядати як "повністю відповідальну" за стан здоров'я своїх громадян.

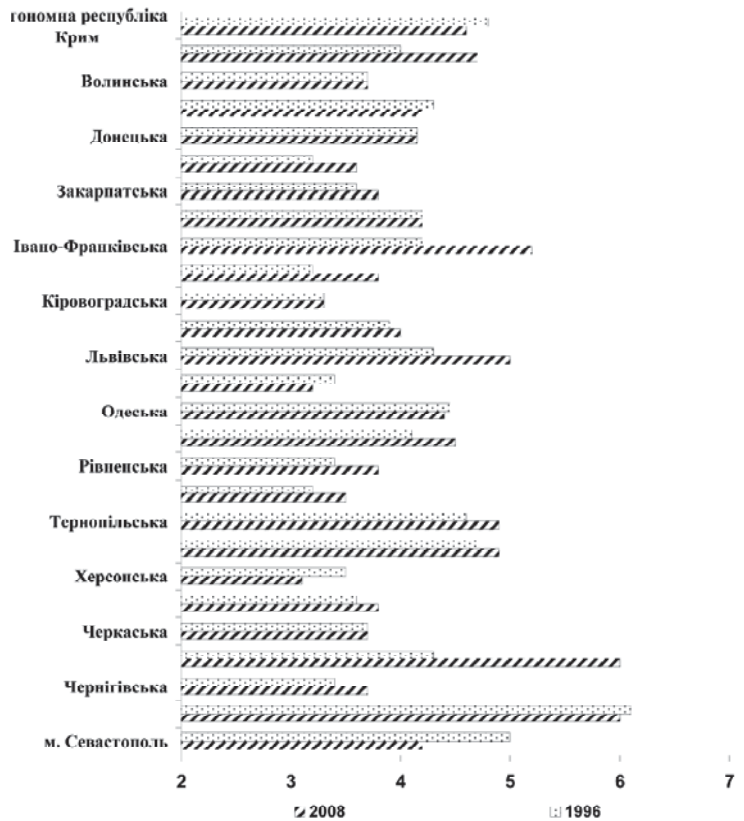


Рис. 1. Рівні забезпеченості лікарями у регіонах на 10 тис. населення за 1996, 2008 рр. (система закладів охорони здоров'я МОЗ України, фізичних осіб, без стоматологів)

ВИСНОВКИ

1. Конкордація державного та регіонального управління охорони здоров'я вкрай необхідна для оптимізації стратегічного управління галуззю.
2. Виявлена суттєва неоднорідність кількісного забезпечення закладів охорони здоров'я регіонів України лікарями.
3. Необхідною складовою в конкордації державного та регіонального управління галуззю є міжсекторальна взаємодія на всіх рівнях її функціонування.

Література:

1. Банчук М.В. Стратегія оцінки якості підготовки медичних та фармацевтичних фахівців / [Банчук М.В., Воловцев О.П., Вороненко Ю.В., Мінцер О.П.] // Медична інформатика та інженерія. — 2008. — № 1. — С. 9 — 14.
2. Стратегическое управление здравоохранением в Европейском регионе ВОЗ: материалы Пятдесят девятой сессии Европейского регионального комитета Всемирной организации здравоохранения, 14-17 сентября 2009 г., Копенгаген, Дания. — Копенгаген: ВОЗ, ЕРБ, 2009. — 40 с. — Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/66975/RC59_rdoc08.pdf.
3. Arah O.A. Conceptual framework for the OECD health care quality indicators project / O.A. Arah // International Journal of Quality Health Care. — 2006. — № 18. — Suppl.1. — P. 5—13.
4. Health impact assessment: Main concept and suggested approach. — Brussels: European Centre for Health Policy, 1999. — Режим доступу: <http://www.euro.who.int/document/pae/gothenburgpaper.pdf>.
5. Salamon L.M. The tools of government: A guide to the new governance / L.M. Salamon. — New York: Oxford University Press, 2002. — 669 p.
6. Brinkerhoff D. W. Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance / D.W. Brinkerhoff // Health Policy and Planning. — 2004. — № 19 (6). — P. 371—379.
7. Kickbusch I. Perspectives on health governance in the twenty-first century. In: Marinker M, ed. Health targets in Europe: polity, progress and promise / I. Kickbusch. — London: BMJ books, 2002. — P. 206—230.

Стаття надійшла до редакції 05.08.2011 р.